

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

BÁRBARA SAUR

**A RELAÇÃO ENTRE VÍNCULO DE APEGO, COGNIÇÃO E DESENVOLVIMENTO
DE CRIANÇAS NASCIDAS PRÉ-TERMO**

CURITIBA

2016

BÁRBARA SAUR

**A RELAÇÃO ENTRE VÍNCULO DE APEGO, COGNIÇÃO E DESENVOLVIMENTO
DE CRIANÇAS NASCIDAS PRÉ-TERMO**

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Psicologia, no Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Setor de Ciências Humanas, da Universidade Federal do Paraná.

Orientador(a): Prof.^a Dr.^a Tatiana Izabele Jaworski de Sá Riechi


CURITIBA

2016


TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em PSICOLOGIA da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da Dissertação de Mestrado de **BARBARA SAUR**, intitulada: " **O IMPACTO DO NASCIMENTO PRÉ - TERMO NO DESENVOLVIMENTO DA COGNIÇÃO E DA RELAÇÃO DE APEGO NOS PRIMEIROS DOS ANOS DE VIDA.**", após terem inquirido a aluna e realizado a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua Aprovação.

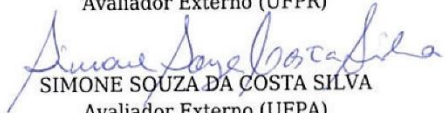
Curitiba, 28 de Setembro de 2016.



TATIANA IZABELA JAWORSKI DE SA RIECHI
Presidente da Banca Examinadora (UFPR)



ANA CHRYSTINA DE SOUZA CRIPPA
Avaliador Externo (UFPR)



SIMONE SOUZA DA COSTA SILVA
Avaliador Externo (UFPA)

EM TEMPO:

A banca solicitou alteração no título do trabalho, o qual ficou definido como:

"A RELAÇÃO ENTRE VÍNCULO DE APEGO, COGNIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE CRIANÇAS NASCIDAS PRÉ-TERMO"



AGRADECIMENTOS

À Deus, pelo privilégio de ser Sua filha, pela oportunidade concedida e por ter me sustentado até aqui.

À minha mãe, pelo incentivo e apoio em todos os momentos e em todas as decisões. Esta conquista é nossa!

Ao restante da minha família, pelo apoio e pela torcida. Em especial, tia Doris e tio Jackson pela acolhida em sua casa, em um momento de transição que não foi fácil, muito obrigada!

À prof. Tatiana, pela orientação, disposição, apoio, paciência e confiança. Obrigada por ter construído junto comigo este trabalho tão bonito.

Aos meus amigos, pelo apoio e pela torcida. Obrigada por compreenderem meu afastamento no final, quando precisei me dedicar mais a este projeto, e por permanecerem comigo em oração.

Ao pessoal da Convenção Batista Pioneira, pelo apoio e paciência comigo quando eu já tinha perdido todo o meu bom humor.

A todas as integrantes do Labneuro, pela oportunidade de trabalho em conjunto e pelo auxílio com as avaliações das crianças. Sem vocês, tudo teria sido muito mais difícil.

À equipe do CENEP, Marise, Marlene, Márcia Valiati, Mácia Senna, Dra. Cátia e Lucimar, por me receberem tão bem na equipe e pelo conhecimento e experiências compartilhados. As secretárias Francisca e Melania, pela ajuda e pelos inúmeros favores prestados. Em especial, ao Dr. Isac e a Dra. Joseli, por confiarem no meu trabalho, na neuropsicologia e por abrirem as portas de seus ambulatórios.

À equipe do CEI Pipa Encantada, pela troca de experiências e por acreditarem e possibilitarem o trabalho conjunto entre psicologia e pedagogia nesta instituição. Creio que conseguimos realizar um trabalho lindo juntos!

As famílias que se disponibilizaram a participar da pesquisa, pela participação e pela cooperação na produção do conhecimento científico, que poderá auxiliar não somente seus filhos, mas também os bebês que virão.

“For not only young children, it is now clear, but human beings of all ages are found to be at their happiest and to be able to deploy their talents to best advantage when they are confident that, standing behind them, there are one or more trusted persons who will come to their aid should difficulties arise. The person trusted provides a secure base from which his (or her) companion can operate.”

John Bowlby

RESUMO

A relação de apego segura entre mãe e filho pode constituir um fator de proteção do desenvolvimento infantil. Ela fornece a segurança necessária para que a criança explore o ambiente, condição importante para o desenvolvimento infantil. O nascimento pré-termo (PT) é considerado um fator de risco biológico para o desenvolvimento global da criança. Além de atraso no desenvolvimento, problemas comportamentais e socioemocionais têm sido documentados. Bebês pré-termo permanecem, muitas vezes, internados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, onde há restrições ao livre contato materno, em um momento em que o contato se mostra importante para o estabelecimento do vínculo e para a relação mãe-bebê. A presente pesquisa tem, como objetivo geral, avaliar o vínculo de apego no desenvolvimento de crianças nascidas PT e a termo (AT) e no desenvolvimento da cognição, da linguagem e da motricidade. Para alcançá-lo foram realizados dois estudos transversais. No Estudo I, o tipo de relação de apego estabelecido entre mãe e bebê PT e o tipo de relação de apego estabelecido entre mãe e bebê a termo (AT) foram comparados. No Estudo II, investigou-se a relação entre padrão de apego e desempenho cognitivo, linguístico e motor. Participaram dos estudos 50 crianças. No Estudo I, a amostra foi dividida em dois grupos: Grupo Experimental ($n = 30$), formado por crianças nascidas PT e Grupo Controle ($n = 20$), composto por crianças nascidas AT. No Estudo II, as 50 crianças compuseram um mesmo grupo. Os dados foram coletados no Hospital de Clínicas/UFPR, no CEI Pipa Encantada/HC/UFPR e no Centro de Psicologia Aplicada/UFPR. Foram utilizados como instrumentos um questionário de anamnese; a Situação Estranha de Ainsworth para a avaliação da relação de apego; as Escalas Bayley de Desenvolvimento Infantil – Ed. 3 para a avaliação do desenvolvimento cognitivo e o Questionário de Estilo Materno para avaliar a maternagem. Ainda que não tenha sido encontrada relação entre nascimento PT e padrão de apego, os resultados apontam para uma tendência à esta relação na população estudada, com crianças nascidas PT tendo maior propensão ao desenvolvimento de padrões de apego inseguros. Associação entre padrão de apego e o desenvolvimento da cognição e da linguagem foi encontrada, com piores desempenhos nestes domínios em crianças com padrões inseguros de apego. Estes resultados apontam para a importância da relação do bebê com a mãe como fator protetor do desenvolvimento e mostram a importância da avaliação e acompanhamento desta relação em programas de Atenção Precoce.

Palavras-chave: Vínculo afetivo. Prematuridade. Desenvolvimento infantil. Processos cognitivos.

ABSTRACT

The secure attachment relationship between mother and child can contribute as a protective factor to the infant's global development. It provides the necessary security for the child to explore the environment, an important condition for child development. Preterm birth (PT) is considered a biological risk factor for the infant's global development. In addition to developmental delay, behavioral and socioemotional issues have been reported. Preterm babies are often hospitalized in Neonatal Intensive Care Unit, where there are restrictions to free maternal interaction, at a time when interaction is important for bonding and for the mother-baby relationship. The general objective of this study is to evaluate the attachment relationship in the development of children born PT and a term (AT) and in the cognitive, language and motor development. To achieve these aim two transversal studies were conducted. In Study I, attachment pattern established between mother and preterm baby and those between mother and full-term baby were compared. In study II, the association between attachment pattern and cognitive, motor and language performance was investigated. In Study I, the sample was divided into two groups: Experimental Group ($n = 30$), composed by preterm children and Control Group ($n = 20$), composed by full-term children. In Study II, the 50 children composed the same group. Data were collected at Hospital de Clínicas/UFPR, at CEI Pipa Encantada/HC/UFPR and at Centro de Psicologia Aplicada/UFPR. Were used as assessment tools an anamnesis questionnaire; the Ainsworth Strange Situation to assess the attachment relationship; the Bayley Scales of Infant Development – 3rd edition to assess cognitive development and the Mothering Style Questionnaire to assess the maternal behavior. Even though no link between preterm birth and attachment pattern has been found, results point to a tendency to this association among the studied population, in which preterm children are more prone to the development of insecure attachment patterns. These results point to the importance of the mother-baby relationship as a development's protective factor and show the importance of the assessment and monitoring of this relationship in Preterm Care programs.

Keywords: Affectional bond. Prematurity. Infant development. Cognitive processing.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1. Episódios que compõe a Situação Estranha de Ainsworth	33
---	----

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 Idade da amostra (em meses) total e de acordo com cada grupo	42
TABELA 2 Distribuição de gênero na amostra e em cada grupo	42
TABELA 3 Características do nascimento dos grupos GE e GC	43
TABELA 4 Classificação neonatal de peso da amostra total e em cada grupo	44
TABELA 5 Dados sociodemográfico dos grupos GE e GC	45
TABELA 6 Comparação das médias das pontuações escalares dos grupos GE e GC em cada um dos domínios do desenvolvimento avaliados	46
TABELA 7 Comparação, entre os grupos GE e GC, das médias das pontuações escalar e bruta obtidas no Questionário Socioemocional da BSID III	47
TABELA 8 Comparação das médias das respostas ao questionário Estilo Materno entre os GE e GC	48
TABELA 9 Associação entre padrão de apego e os grupos GE e GC	49
TABELA 10 Associação entre segurança/insegurança do apego e os grupos GE e GC	49
TABELA 11 Associação entre organização do apego e os grupos GE e GC	50
TABELA 12 Características de nascimento da amostra geral	73
TABELA 13 Classificação neonatal de peso da amostra	73
TABELA 14 Características sociodemográficas da amostra	74
TABELA 15 Distribuição da amostra nos quatro padrões de apego	75
TABELA 16 Frequência dos padrões de apego Inseguro e Seguro na amostra	75
TABELA 17 Frequência dos padrões de apego, nas dimensões Organizado e Desorganizado, na amostra	76
TABELA 18 Comparação das médias das variáveis de nascimento em relação ao padrão de apego	76
TABELA 19 Associação entre padrão de apego e fatores sociodemográficos	77
TABELA 20 Comparação das médias da idade materna em relação a classificação do padrão de apego	77
TABELA 21 Comparação, entre os grupos com padrão de apego seguro e inseguro, das médias das pontuações escalar e bruta obtidas no Questionário Socioemocional	78
TABELA 22 Comparação, entre os grupos com padrão de apego seguro e inseguro, das médias da pontuação bruta de cada item do questionário Estilo Materno	79

TABELA 23 Comparação das médias obtidas nas Escalas Bayley em relação ao padrão de apego80

LISTA DE SIGLAS

A	-	Apego Evitativo
ABEP	-	Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa
AIG	-	Adequado para a Idade Gestacional
AT	-	A Termo
B	-	Apego Seguro
BPN	-	Baixo Peso ao Nascer
BSID III	-	Escalas Bayley de Desenvolvimento Infantil III
C	-	Apego Ambivalente
CENEP/HC	-	Centro de Neuropediatria do Hospital das Clínicas
CPA/UFPR	-	Centro de Psicologia Aplicada da Universidade Federal do Paraná
D	-	Apego Desorganizado
EBPN	-	Extremo Baixo Peso ao Nascer
EEG	-	Eletroencefalograma
GC	-	Grupo Controle
GE	-	Grupo Experimental
GIG	-	Grande para a Idade Gestacional
IG	-	Idade Gestacional
MBPN	-	Muito Baixo Peso ao Nascer
PIG	-	Pequeno para a Idade Gestacional
PT	-	Pré-Termo
QI	-	Quociente de Inteligência
RN	-	Recém-Nascido
TCLE	-	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNICEF	-	<i>United Nations Children's Fund</i>
UTI Neo	-	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal
WHO	-	<i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO GERAL	14
1.1 RELAÇÃO DE APEGO.....	15
1.1.1 Histórico e definições	15
1.1.2 Relação de apego e perspectivas atuais.....	20
1.1.3 Impacto da relação de apego no desenvolvimento	22
1.2 DEFINIÇÕES	23
1.2.1 Idade gestacional	23
1.2.2 Nascimento pré-termo.....	23
1.2.3 Peso ao nascer	23
1.2.4 Peso para a idade gestacional	24
1.2.5 Idade cronológica	24
1.2.6 Idade corrigida.....	24
1.3 NASCIMENTO PRÉ-TERMO	25
1.3.1 Estresse neonatal.....	27
1.4 OBJETIVOS	28
2 METODOLOGIA.....	29
2.1 DESENHO DO ESTUDO	29
2.2 HIPÓTESES.....	29
2.3 LOCAL DA PESQUISA	29
2.4 AMOSTRA.....	30
2.4.1 Critérios de inclusão grupo experimental	30
2.4.2 Critérios de exclusão grupo experimental	30
2.4.3 Critérios de inclusão grupo controle	31
2.4.4 Critérios de exclusão grupo controle	31
2.5 COLETA DE DADOS	31
2.5.1 Instrumentos.....	31

2.5.2 Procedimentos	34
2.5.3 Aspectos éticos	35
2.5.4 Processamento dos dados	35
3 ESTUDO I – Nascimento pré-termo e padrão de apego	36
3.1 MÉTODO.....	39
3.1.1 Desenho do estudo	39
3.1.2 Local da pesquisa	40
3.1.3 Amostra	40
3.1.4 Instrumentos.....	40
3.1.5 Análise dos dados	41
3.2 RESULTADOS	42
3.2.1 Descrição da amostra.....	42
3.2.2 Nascimento pré-termo, nascimento a termo e desenvolvimento cognitivo.....	46
3.2.3 Nascimento pré-termo, nascimento a termo e desenvolvimento socioemocional	46
3.2.4 Nascimento pré-termo, nascimento a termo e estilo materno	47
3.2.5 Nascimento pré-termo, nascimento a termo e padrão de apego.....	48
3.3 DISCUSSÃO	50
3.4 CONCLUSÕES	58
3.5 REFERÊNCIAS	60
4 ESTUDO II – Relação de apego e desenvolvimento cognitivo.....	67
4.1.1 Desenho do estudo	70
4.1.2 Local da pesquisa	70
4.1.3 Amostra	70
4.1.4 Instrumentos.....	71
4.1.5 Análise dos dados	72
4.2 RESULTADOS	72

4.2.1 Descrição da amostra.....	72
4.2.2 Padrão de apego da amostra	75
4.2.3 Características de nascimento e padrão de apego	76
4.2.4 Padrão de apego e variáveis sociodemográficas	77
4.2.5 Padrão de apego e desenvolvimento socioemocional	78
4.2.6 Padrão de apego e estilo materno	79
4.2.7 Padrão de apego e desenvolvimento cognitivo	80
4.3 DISCUSSÃO	80
4.4 CONCLUSÕES	87
4.5 REFERÊNCIAS	89
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	94
6 REFERÊNCIAS.....	96
APÊNDICE A – TCLE	103
APÊNDICE B – Questionário Socio-demográfico.....	105
ANEXO A – Questionário socioemocional da BSID III (tradução livre)	107
ANEXO B – Questionário Estilo Materno	111
ANEXO C – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos/ HC/UFPR	113

1 INTRODUÇÃO GERAL

As experiências iniciais da criança influenciam fortemente o seu desenvolvimento cerebral. O tipo e a qualidade da interação entre mãe e filho(a) durante os primeiros anos de vida ajudam a modelar o desenvolvimento e o funcionamento do cérebro. Assim, a relação mãe-bebê constitui um fator importante para o desenvolvimento e pode contribuir positiva ou negativamente no desenvolvimento cognitivo e emocional (Sajaniemi et al., 2001; Sullivan, Perry, Sloan, Kleinhaus & Burtchen, 2011).

A qualidade da interação entre a criança e o seu cuidador reflete na relação de apego que é estabelecida entre a díade. A teoria de apego foi elaborada originalmente por John Bowlby, na qual o autor descreve a relação estabelecida entre o bebê e o seu cuidador. Nesta relação estão presentes comportamentos de apego, os quais têm por objetivo conseguir ou manter a proximidade com a outra pessoa, buscando, ao mesmo tempo, aliciar cuidados (Bowlby, 1977).

O desenvolvimento de uma relação de apego segura ao longo dos primeiros dois anos de vida é um fator de proteção ao desenvolvimento (Bowlby, 2002). No entanto, algumas condições como o nascimento pré-termo e suas implicações podem interferir neste processo. O longo período de internação a que alguns bebês PT são submetidos, a restrição do contato com as figuras parentais e altos níveis de estresse podem dificultar o processo de vinculação e a adequada formação da relação de apego (Rincón-Cortés & Sullivan, 2014; Thomaz, Lima, Tavares & Oliveira, 2005).

A relação de apego é importante, pois será mediante a interação com uma figura de apego que a criança experimentará, ou não, a segurança e o conforto que lhe servirão de base para que possa explorar o mundo a sua volta (Ramires & Schneider, 2010). As experiências da criança com esta figura constituem o principal determinante no estabelecimento do sistema organizacional do indivíduo e de seu comportamento (Duarte & Arboleda, 2008). Não obstante, a qualidade do cuidado recebido programa o desenvolvimento emocional e cognitivo da criança (Sullivan et al., 2011).

1.1 RELAÇÃO DE APEGO

1.1.1 Histórico e definições

John Bowlby, através de suas experiências no trabalho com crianças e adolescentes, atentou para a importância do significado dos eventos reais no curso do desenvolvimento infantil e para o papel que a interação com os pais tem para o desenvolvimento da personalidade (Ainsworth & Bowlby, 1991).

Observações, leituras e a busca de aporte de outras áreas do conhecimento, como a etologia, formaram a base para o início da elaboração de sua teoria. Através do contato com pesquisas em animais, Bowlby observou que diferentes espécies animais sociais demonstravam padrões comportamentais relacionados ao apego (Cassidy & Shaver, 2008).

Pesquisas com aves, principalmente com galinhas, demonstraram, através da observação do processo de *imprinting*, a importância da experiência para a formação do apego. Nestas pesquisas foi identificado que há um período crítico quando o filhote aprende e grava quem é o seu cuidador. Para os filhotes de galinhas recém-nascidos o primeiro objeto visto, geralmente a mãe, se torna a figura de apego. Após este *imprinting* da figura de apego, os filhotes expressam comportamentos de apego para com esta figura, seguindo-a e buscando proximidade com ela (Sullivan et al, 2011).

Ao mesmo tempo, pesquisas com ratos demonstraram que, embora os filhotes não possam ver ou ouvir nos primeiros onze dias de vida, eles são capazes de discriminar, desde o nascimento, os odores familiares e não familiares, e mostram preferência pelo odor materno já no segundo dia de vida (Cassidy & Shaver, 2008).

Sobretudo, o estudo de animais primatas não humanos foi essencial, uma vez que eles exibem alguns aspectos dos processos cognitivos humanos relacionados com o apego e são modelos experimentais excelentes (Sullivan et al., 2011). A pesquisa de Harry Harlow enriqueceu as observações que Bowlby estava realizando e impulsionou a elaboração da teoria do apego (Gomes & Melchiori, 2012).

No livro “Apego e perda: apego a natureza do vínculo” (Bowlby, 2002), o primeiro da trilogia sobre apego escrita pelo autor, Bowlby relata as experiências

realizadas por Harlow (1961) com macacos *rhesus*, através das quais ele observou que, contrariamente ao que se supunha, a aproximação e o apego para com a mãe não derivam somente da satisfação da necessidade alimentar. Nas experiências, jovens macacos eram apresentados para duas mães substitutas, uma feita de arame, mas que possuía uma mamadeira e a outra, que poderia ou não possuir uma mamadeira, mas que estava revestida de pele. Todos os experimentos demonstraram que o conforto do contato era crucial para o comportamento de apego, o que não foi averiguado com o alimento. Assim, para explicar a importância do vínculo entre mãe e bebê, foi introduzida na psicologia a noção de apego.

Sob a perspectiva evolutiva, o apego consiste em um sistema comportamental organizado, com um vínculo afetivo duradouro entre a criança e o seu cuidador, que tem um valor adaptativo para a sobrevivência da espécie (Duarte & Arboleda, 2008). Trata-se de um processo recíproco, constituído por interações comportamentais dinâmicas e complexas, que aumentam a chance de sobrevivência da criança através do contato com o cuidador (Rincón-Cortés & Sullivan, 2014). É um componente fundamental do comportamento humano, que exerce uma função biológica protetora durante todo o desenvolvimento (Bowlby, 1998, 2002).

Os comportamentos de apego buscam reduzir o risco de o indivíduo ser prejudicado, levam a diminuição da ansiedade e ao aumento da sensação de segurança. Uma criança procura sua figura de apego quando está doente, cansada, com fome ou com medo. Ela também a busca quando se sente insegura quanto ao paradeiro da figura e, logo que a encontra, busca manter a proximidade. Assim, a figura de apego constitui uma fonte de segurança (Bowlby, 2002).

Quando é estabelecida a relação de apego, a criança utiliza a figura de apego como uma base segura para explorar o ambiente e como um lugar a retornar frente a uma situação de estresse ou perigo. Se a criança fica estressada e seu sistema de apego é ativado, a sua capacidade de exploração e de brincar diminuem, só voltando a aumentar quando ela é confortada pela figura e se sente segura novamente (Duarte & Arboleda, 2008).

A relação de apego se desenvolve ao longo do primeiro ano de vida entre o bebê e um de seus cuidadores. Quanto maior a experiência que um bebê tem com uma determinada pessoa, maior é a probabilidade de que ela se torne sua figura de apego (Bowlby, 1997). Destarte, a principal figura de apego é, frequentemente, a mãe. A criança pode ter mais de uma figura de apego, porém, elas não são tratadas

de maneira igual. A criança mostra uma discriminação e procura cada figura para determinados e diferentes fins (Bowlby, 2002).

O apego fica muito ativo até o terceiro ano de vida (Bowlby, 1977) e seu desenvolvimento ocorre ao longo de quatro fases. A primeira fase vai da 8ª a 12ª semana de vida e se caracteriza pela orientação e sinalização social indiscriminada. O bebê envia sinais para todas as pessoas, uma vez que não consegue diferenciá-las, e aceita tudo o que lhe oferece conforto. A segunda fase vai dos 6 aos 8 meses e se trata da fase de sociabilidade discriminada, na qual a criança mostra uma preferência por pessoas conhecidas e familiares, bem como começa a dirigir seu comportamento de uma maneira diferente para cada uma destas pessoas. A terceira fase advém quando surge o apego, por volta dos 6 meses aos 3 anos. Ocorre, então, a busca ativa pela proximidade da figura de apego e a utilização dela como base segura. Durante esse período, por volta dos 8 meses, a criança protesta quando a figura se distancia dela e tenta segui-la. Por fim, aos 3 ou 4 anos de idade, a criança consegue estabelecer com seu cuidador uma relação dirigida a um objetivo e baseada na regulação mútua, pois consegue utilizar palavras, gestos e outras estratégias para se comunicar e exercer influência (Duarte & Arboreda, 2008).

Para o estabelecimento, e no decorrer da existência desta relação, a participação, tanto da criança, quanto da mãe, são necessárias. O bebê nasce com uma variedade de capacidades e habilidades para, de alguma forma, ir ao encontro dos pais ou os chamar para perto de si (Brazelton, 1988), e o faz através dos comportamentos de apego, como chorar, chamar e ir em direção ao adulto, que buscam promover e manter a proximidade. Ao mesmo tempo, características maternas, como responsividade e sensibilidade são essenciais na formação e manutenção de um padrão de apego seguro na criança (Bowlby, 2002).

A sensibilidade consiste na capacidade da mãe em estar alerta para perceber os sinais da criança, interpretá-los com precisão e responder de acordo com a necessidade da criança naquele momento. Ela envolve, ainda, a habilidade de interpretar as situações sob o ponto de vista do filho. Semelhantemente, a responsividade é a competência da mãe em responder consistente e prontamente às demandas e aos sinais do filho (Ainsworth, Blehaar, Waters & Wall, 1978). Assim, para o desenvolvimento de um padrão de apego seguro na criança é preciso que a mãe, enquanto sua figura de apego, esteja sensível aos sinais emitidos pelo filho e seja capaz de responder apropriadamente a eles (Bowlby, 2002).

Conjuntamente com Bowlby, Mary Ainsworth estudou a formação do apego. Após finalizar seu período de trabalho com Bowlby, Ainsworth se mudou para Uganda e lá iniciou observações e análises do relacionamento dentro de díades de mães e bebês. A pesquisadora constatou os primórdios da formação do apego da criança pelas diferenças nos comportamentos de choro, sorrisos e vocalizações e observou o uso que a criança faz da mãe como base segura. Fundamentada neste estudo ela dividiu a relação de apego em três tipos: apego seguro, apego inseguro e não apegado (Ainsworth & Bowlby, 1991).

Posteriormente, em Baltimore, Ainsworth pesquisou novamente a interação mãe e bebê em um estudo longitudinal. Nesta época, a pesquisadora elaborou e aplicou o procedimento da Situação Estranha de Ainsworth. A Situação Estranha foi elaborada com o objetivo de avaliar as diferenças individuais na organização dos comportamentos de apego da criança em relação a sua mãe (Ainsworth & Bowlby, 1991). A criança é observada em uma sala com brinquedos na companhia da mãe, em sua ausência e no seu retorno. Por meio do procedimento da Situação Estranha é possível identificar o tipo vínculo de apego pela reação da criança e pelos comportamentos de apego que ela apresenta (Alorda, 2006).

Pelas constatações feitas com este novo procedimento de avaliação do apego, Ainsworth refez a classificação anteriormente proposta dividindo o padrão de apego em três novas categorias: apego seguro, apego inseguro ambivalente e apego inseguro evitativo (Ainsworth et al., 1978), relacionadas às seguintes características:

- Apego seguro (B): crianças desta categoria mostram equilíbrio entre exploração e apego. Exploram o ambiente com liberdade, tendo a figura como base segura. Em sua ausência podem se mostrar aflitos ou não, mas no seu retorno sempre a recebem de forma calorosa. Elas têm segurança na disponibilidade da figura de apego e, portanto, mostram-se mais corajosas para explorar o ambiente.

- Apego inseguro ambivalente (C): observa-se a oscilação entre a busca de proximidade com a figura de apego e resistência quanto ao seu contato. Estas crianças podem se sentir angustiadas perante a possibilidade de rejeição e frequentemente demonstram ansiedade de separação. Elas exploram pouco o ambiente, passam a maior parte do tempo vigiando a figura e buscando estar próxima a ela.

- Apego inseguro evitativo (A): crianças com este tipo de vínculo não buscam muita proximidade e interação com a figura de apego durante todo o procedimento e, frequentemente, não ficam aflitas com a sua ausência. Podem mostrar conflito entre aproximação e evitação, aproximando-se da figura, parando e se retraindo. Podem se comportar mais afavelmente com o estranho do que com a figura de apego. Mostram-se independentes, aparentando não terem confiança na figura para a obtenção de ajuda e quando necessitam dela a expectativa é de rejeição. Ocasionalmente, a criança pode parecer inacessível às tentativas de aproximação e contato.

O padrão de apego estabelecido e o comportamento da criança ao longo da Situação Estranha estão intimamente relacionados às expectativas da criança a respeito da disponibilidade da figura de apego. Crianças com boas expectativas procuram conforto e usam a figura como base segura após a separação. Crianças com apego evitativo, que têm razões para esperar rejeição, modificam seu comportamento de apego evitando a figura e, assim, reduzem antecipadamente o conflito ou a rejeição na reunião. Crianças com apego ambivalente, que estão incertas a respeito da resposta materna, demonstram raiva resistente e comportamento passivo, que servem para aumentar a proximidade com a figura de apego (Cassidy & Shaver, 2008; Main, 2000).

Posteriormente, Mary Main incluiu uma quarta classificação, o padrão desorganizado (D), a única adição à classificação original de Ainsworth largamente aceita (Waters & Valenzuela, 1999).

Revedo algumas gravações da Situação Estranha, Main concentrou sua atenção nas crianças consideradas com apego não classificável devido à falta de um padrão comportamental de apego que se encaixasse nas classificações de Ainsworth (Cassidy & Shaver, 2008). Estas crianças, denominadas não classificáveis, exibiam comportamentos anormais, inexplicáveis e, muitas vezes, contraditórios na Situação Estranha, aparentando um conflito em relação ao cuidador, chorando em sua ausência, mas se afastando dele quando ele estava presente. Ainda, elas demonstravam falta de orientação quanto ao ambiente, parecendo desorganizadas e, por este motivo, foram assim classificadas (Barstad & Sollero-de-Campos, 2013).

Diferentemente das crianças com padrões de apego seguro, inseguro ambivalente e inseguro evitativo, que aprendem a lidar com as situações

estressantes e com as emoções negativas de maneira organizada, crianças com apego desorganizado não possuem estratégias e não exibem comportamentos consistentes para lidar com o estresse e com as emoções negativas (Van Ijzendoorn, Schuengel & Bakermans–Kranenburg, 1999).

Os comportamentos frequentemente expressos por crianças durante a Situação Estranha que permitem sua classificação como padrão desorganizado são: manifestação de comportamentos contraditórios simultâneos; movimentos com pouco ou nenhum direcionamento ou incompletos; movimento assimétricos, estereotipados e posturas anormais; paralisação e desaceleração de movimentos e expressões faciais; expressão de apreensão em relação ao cuidador; sinais de desorientação, desorganização e confusão (Main & Solomon, 1990).

Estes comportamentos desorganizados são associados com origens constitucionais e experienciais. Eles podem resultar de problemas neurológicos e intervenções farmacológicas, por exemplo (Hesse & Main, 2000). Mas, geralmente, crianças que apresentam o padrão desorganizado de apego vivenciaram uma perda, com luto mal resolvido, ou abuso parental de ordem física ou emocional (Van Ijzendoorn et al., 1999).

1.1.2 Relação de apego e perspectivas atuais

Bowlby e Ainsworth concentraram suas atenções no estudo da relação de apego ainda na infância, principalmente na sua formação, ao longo dos primeiros dois anos de vida da criança (Ainsworth & Bowlby, 1991).

Desde então, diversos pesquisadores têm estendido o público alvo de seus estudos, com o objetivo de compreender o seguimento da relação de apego com as figuras de cuidado principais em anos posteriores da infância e na adolescência e seus efeitos no desenvolvimento (Granot & Mayseless, 2001; Grossman, Grossman & Waters, 2005). Juntamente, outros instrumentos de avaliação do padrão de apego foram desenvolvidos, a fim de abarcar estas novas idades (Bakermans-Kranenburg & Van Ijzendoorn, 1993; Green, Stanley, Smith & Goldwyn, 2000; Main & Cassidy, 1988).

A busca de entendimento das decorrências do tipo de relação de apego estabelecida no primeiro ano de vida foi ampliada, também, para a idade adulta. Um dos objetivos é averiguar a continuidade ou descontinuidade da relação de apego da

infância à adultez (Waters, Merrick, Treboux, Crowell & Albersheim, 2000; Weinfield, Sroufe & Egeland, 2000), assim como entender a teoria do apego aplicada aos relacionamentos adultos, tanto com pares profissionais, como com pares amorosos (Gouveia, Schulz & Costa, 2015; Towler & Stuhlmacher, 2013).

Na última década, o estudo da relação de apego passou a abranger não somente as ciências sociais e humanas, mas também as biológicas. A interação com as figuras de apego envolve uma série de mecanismos neurais que abrangem, entre diversos outros aspectos, percepções sociais e ambientais, processos homeostáticos, sua análise em determinadas regiões cerebrais e hormônios correspondentes, bem como respostas comportamentais (Beckes, Ijzerman & Tops, 2015).

Maiores especificidades dos mecanismos envolvidos têm sido investigadas. Tem-se buscado explorar a existência de possíveis correlações entre os padrões de apego e padrões de ativação e funcionamento cerebral através da utilização de exames de neuroimagem funcional (Buchheim et al., 2006; Vrtička, Andersson, Grandjean, Sander & Vuilleumier, 2008; Vrtička, Bondolfi, Sander & Vuilleumier, 2012), diferenças na concentração de determinados neurotransmissores relacionados ao comportamento social e de apego (Strathearn, Fonagy, Amico & Montague, 2009), assim como estudos na área da genética, que buscam averiguar polimorfismos genéticos que podem estar relacionados ao comportamento social e paternal, com decorrências nos comportamentos de apego e no seu desenvolvimento (Gillath, Shaver, Baek & Chun, 2008). Contudo ainda há a necessidade de mais estudos nestes campos a fim de reunir evidências fidedignas.

Com relação às decorrências do tipo de padrão de apego em outros aspectos do desenvolvimento e da vida do indivíduo, além daquelas pertinentes as relações interpessoais, têm sido relatadas, em adultos, a influência do padrão de apego nos circuitos cerebrais relacionados às diferenças de estilos comportamentais e cognitivos, no processamento das emoções, no desempenho em testes de atenção seletiva e de memória (Vrtička & Vuilleumier, 2012).

Contudo, apesar de todo este avanço no estudo do apego, envolvendo domínios neurológicos, genéticos e cognitivos, ainda têm sido realizadas pesquisas voltadas para a investigação dos determinantes do padrão de apego, além da sensibilidade e responsividade materna postuladas por Bowlby e Ainsworth, suas

origens, assim como os tipos de padrões de apego frequentes nas populações de risco.

1.1.3 Impacto da relação de apego no desenvolvimento

A existência da figura de apego é importante uma vez que a sua presença frequentemente aumenta a qualidade da exploração e da brincadeira realizadas pela criança. Dentro das possibilidades de um apego seguro, a criança pode se aventurar, aprender sobre seu próprio potencial e limites e tentar coisas novas. Ela pode se dedicar a exploração porque sabe que sua figura de apego estará disponível se ela o precisar (Brazelton, 1988).

Ao mesmo tempo, a partir das experiências com a figura de apego a criança criará representações mentais sobre si, os outros e das relações interpessoais, que serão a base de seus futuros relacionamentos. Aquelas primeiras experiências constituem modelos cognitivos e emocionais da vida social e, com base nelas, o indivíduo cria expectativas a respeito da vida (Fingergut, 2011).

Bowlby (1997) acreditava que os problemas emocionais observados nas crianças se originavam nas relações familiares. Para o autor, as experiências dentro da família eram muito importantes, e, por vezes, a causa dos transtornos mentais. Um trauma dentro da relação de apego pode tornar a criança vulnerável a desordens psiquiátricas e a mudanças comportamentais relacionadas ao medo e a ansiedade. Assim, o principal impacto negativo do apego traumático durante a infância é a alteração do percurso normal do desenvolvimento do indivíduo (Schoore, 2002).

Não obstante, a relação de apego pode provocar alterações nos circuitos neuronais, principalmente aqueles relacionados com a regulação emocional e do estresse. Mesmo pequenas variações no cuidado materno, bem como cuidados atípicos ou abusivos são capazes de afetar o funcionamento cerebral (Rincón-Cortés & Sullivan, 2014), configurando a insegurança do apego como um fator de risco para o desenvolvimento cognitivo infantil (Hallin et al., 2011).

1.2 DEFINIÇÕES

Como descrito pela *American Academy of Pediatrics* (Engle, 2004), é necessário que haja definições consistentes de conceitos referentes aos períodos pré, peri e pós-natais para comparar resultados do crescimento e neurodesenvolvimento, uma vez que o uso incorreto de terminologias limita as interpretações relacionadas a saúde do recém-nascido (RN). Assim, mostra-se essencial elucidar as principais definições pertencentes à área.

1.2.1 Idade gestacional

A idade gestacional (IG) é o termo usado para descrever a idade do feto ou do RN. Trata-se de uma estimativa, realizada por diferentes métodos. A amenorreia é o método mais utilizado, desde que a mulher tenha certeza da data da sua última menstruação, seguida pela ecografia fetal precoce (antes das 20 semanas gestacionais) e pela avaliação clínica, realizada por meio de parâmetros somáticos e neurológicos do RN (Moura-Ribeiro & Gonçalves, 2010; Pessoto & Marba, 2010).

A IG possibilita a classificação do bebê ao nascimento em três categorias: PT, quando o bebê nasce com até 36 semanas de gestação; a termo (AT), quando o parto ocorre entre 37 e 42 semanas gestacionais; e pós termo, no qual o bebê nasce após as 42 semanas de gestação (Ministério da Saúde & Organização Pan-Americana de Saúde, 2012).

1.2.2 Nascimento pré-termo

O bebê PT é definido como aquele que nasce vivo antes das 37 semanas gestacionais completas. De acordo com a IG o bebê PT é dividido em três subcategorias: pré-termo extremo (IG <28), muito pré-termo (IG 28 <32) e pré-termo moderado a tardio (IG 32 <37) (March of Dimes et al., 2012).

1.2.3 Peso ao nascer

De acordo com os órgãos *World Health Organization* (WHO) e *United Nations Children's Fund* (UNICEF) (WHO & UNICEF, 2004), o peso ao nascer (PN)

é o primeiro peso obtido após o nascimento e quando está abaixo de 2500g pode ser categorizado em baixo peso ao nascer (BPN), definido quando o bebê nasce com menos que 2500g (até e incluindo 2499 g); muito baixo peso ao nascer (MBPN), quando o peso é inferior a 1500 g (até e incluindo 1499 g); e extremo baixo peso ao nascer (EBPN), no qual o peso está abaixo de 1000g (até e incluindo 999 g).

1.2.4 Peso para a idade gestacional

A classificação do RN por peso e pela IG indica o grau de risco no momento do nascimento, uma vez que a morbidade e a mortalidade neonatal são inversamente proporcionais a estas medidas. Esta classificação é determinada graficamente, comparando o peso do bebê com o número de semanas gestacionais com o qual ele nasceu. Identifica-se, então, se o peso do bebê está adequado para a idade gestacional (AIG), pequeno para a idade gestacional (PIG) ou grande para a idade gestacional (GIG) (Battaglia & Lubchenco, 1967; Ministério da Saúde & Organização Pan-Americana de Saúde, 2012).

1.2.5 Idade cronológica

A idade cronológica é a idade pós-natal, ou seja, o tempo decorrido após nascimento e é descrita em dias, semanas, meses e/ou anos (Engle, 2004).

1.2.6 Idade corrigida

É usada para descrever a idade das crianças nascidas PT. No Brasil, apesar de não haver consenso entre os autores, há o predomínio do uso da idade corrigida até os 24 meses de idade cronológica. No entanto, a Academia Americana de Pediatria recomenda a correção da idade em crianças nascidas PT até elas atingirem 36 meses de idade cronológica. A idade corrigida é ajustada de acordo com a data prevista para o parto e calculada diminuindo da idade cronológica o número de semanas e dias que faltaram para que o bebê chegasse ao termo da gestação (Engle, 2004).

1.3 NASCIMENTO PRÉ-TERMO

A prevalência do parto PT é elevada e tem aumentado significativamente (Bettiol, Barbieri & Silva, 2010). Houve, a partir da década de 90, expressivo aumento das taxas de sobrevivência de bebês PT, sobretudo aqueles de EBPN, tanto em países desenvolvidos como em desenvolvimento. O aumento da sobrevivência de RN PT cada vez menores e com menor IG traz a reflexão a respeito da qualidade de vida e do desenvolvimento destes bebês. Essas preocupações têm sido extensivamente expressas na literatura e muitos estudos têm sido realizados nas últimas décadas a fim de compreender as decorrências do nascimento PT em todos os domínios do desenvolvimento (Halsey, Anderson & Collin, 1993; Harvey, O'Callaghan & Mohay, 1999; Rocissano & Yatchmink, 1983; Rugolo, 2005; Silveira & Enumo, 2012).

Um boletim publicado pela WHO, de um estudo realizado por Beck et al. (2010), relata que as crianças pré-termo são consideradas de risco em relação ao desenvolvimento neurológico e das capacidades funcionais. O nascimento PT interfere em processos de maturação cerebral, uma vez que ele interrompe a evolução normal do crescimento e desenvolvimento cerebral, fator que faz com que o cérebro esteja vulnerável na ocasião do parto. Essa vulnerabilidade pode acarretar anormalidades anatômicas e interferir nas competências funcionais, cognitivas e comportamentais, com repercussões nos aspectos sociais e educacionais (Zomignani, Zambelli & Antonio, 2009).

Muitas das pesquisas realizadas sobre a evolução no desenvolvimento de crianças nascidas PT investigam seu desempenho na idade pré-escolar e escolar, quando os déficits resultam em dificuldades de aprendizagem e pior desempenho acadêmico (Johnson et al., 2016; Lidzba, Rodemann, Goelz, Krägeloh-Mann & Bevo, 2016; Stålnacke, Lundequist, Böhm, Forssberg & Smedler, 2015). Duas meta-análises publicadas nos últimos anos mostram o curso do desenvolvimento de crianças PT que se encontram nessas faixas etárias (Kerr-Wilson, Mackay, Smith & Pell, 2011; Spek, Franken e Weisglas-Kuperus, 2012).

Spek et al. (2012) examinaram 17 estudos e investigaram aspectos da linguagem em crianças entre 3 e 12 anos de idade. Em 14 estudos foi encontrada diferença significativa entre o desempenho de crianças nascidas PT e AT, tanto em funções simples de linguagem, em termos de vocabulário receptivo, quanto na

linguagem complexa total. Nos estudos em que a diferença não se mostrou significativa estatisticamente, o primeiro grupo sempre obteve pontuações mais baixas do que o segundo na aplicação dos testes.

Resultados semelhantes podem ser observados nos estudos que investigaram cognição e inteligência. Na análise de 27 estudos, que abrangeram, no total, mais de 3000 crianças nascidas PT e 3000 crianças nascidas AT, foi averiguada em análise de regressão uma associação entre a IG e o quociente de inteligência (QI), com este diminuindo em proporção a diminuição da IG. Os autores concluíram que o nascimento PT está associado a uma diminuição de 12 pontos no QI, com a força de associação não se alterando ao longo do tempo, com o aprimoramento no cuidado obstétrico e neonatal (Kerr-Wilson et al., 2011).

Contudo, apesar de estas diferenças serem comumente constatadas no período escolar, elas já são observadas nos primeiros dias, meses e anos de vida. Desigualdades com relação a respostas autonômicas, atencionais, interacionais, na motricidade e nos sistemas de autorregulação entre RN PT e AT podem ser averiguadas já no período neonatal (Formiga & Linhares, 2009).

Pesquisas realizadas antes do terceiro ano de vida demonstram que crianças nascidas PT apresentam menor desempenho ou atraso na cognição, na linguagem e na motricidade, quando comparados com crianças nascidas AT (Månsson & Stjernqvist, 2014; Velikos et al., 2015), assim como piores escores em avaliações de aspectos socioemocionais e comportamentais, ainda que as diferenças não sejam estatisticamente significativas (Månsson, Stjernqvist & Bäckström, 2014; Velikos et al., 2015).

Não obstante, mesmo prematuros moderados e tardios, nascidos com IG entre 32 e 36 semanas, apresentam pior desempenho cognitivo, quando comparados a grupos de crianças nascidas AT (Nepomnyaschy, Hegyi, Ostfeld & Reichman, 2012; Voigt, Pietz, Pauen, Kliegel & Reuner, 2012). Paralelamente, o desempenho piora conforme a IG diminui (Voigt et al., 2012).

Assim, crianças nascidas pré-termo podem apresentar maiores prejuízos no neurodesenvolvimento, podendo ser por lesões estruturais ou por comprometimentos neurofuncionais. Estas morbidades podem se manifestar no período neonatal, durante os primeiros anos de vida ou tardiamente (Riechi & Moura-Ribeiro, 2012).

O nascimento PT não é um acontecimento isolado, mas vem acompanhado de complicações e condições adversas que podem afetar a saúde do bebê, as quais muitas vezes estão relacionadas à imaturidade de seus sistemas orgânicos e ao ambiente da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTI Neo) (Formiga & Linhares, 2009). O prognóstico do desenvolvimento de bebês nascidos pré-termo é difícil de determinar, uma vez que fatores biológicos e ambientais interagem de maneira complexa, exercendo influência no cérebro imaturo e vulnerável do bebê (Rugolo, 2005).

1.3.1 Estresse neonatal

Muitos RN PT são levados, logo após o nascimento, para a UTI Neo, onde permanecem por semanas ou meses, a fim de promover as necessidades especiais para o início do seu desenvolvimento. No entanto, ao mesmo tempo em que a UTI Neo oferece um ambiente seguro e cuidados especiais, também promove diversos contextos dolorosos e estressantes severamente nocivos ao bebê (Gorzílio, Garrido, Gaspardo, Martinez & Linhares, 2015)

A estimulação aversiva durante o desenvolvimento inicial do bebê é preocupante, uma vez que os bebês que nasceram com menos de 32 semanas gestacionais passam a maior parte do tempo que corresponde aos últimos meses de gestação na UTI Neo, quando ocorre o desenvolvimento acelerado do cérebro (Klein, Gaspardo & Linhares, 2011; Zomignani et al., 2009).

A exposição a estes estímulos estressores interfere negativamente nas respostas dos processos de autorregulação fisiológica e no funcionamento do sistema parassimpático, os quais estão na base dos comportamentos regulatórios no período inicial do desenvolvimento e que são essenciais para o posterior desenvolvimento dos vínculos sociais, para a atividade motora e para a emoção (Rincón-Cortés & Sullivan, 2014). Fatores estressores no início da vida liberam diversos hormônios que produzem profundas alterações no crescimento e desenvolvimento da criança e afetam negativamente a saúde mental. Não obstante, a exposição frequente ao estresse, físico e/ou psicológico, pode produzir alterações endócrinas, nos neurotransmissores, no hipocampo e na amígdala, os quais persistem durante toda a vida (Feldman, 2009; Grunau, Weinberg & Whitfield, 2004; Motta, Lucion & Manfro, 2005).

Além de estar em um ambiente que promove desconforto e estresse, muitas vezes, devido a sua fragilidade, o RN PT tem contato restrito com sua mãe. Pesquisas têm confirmado a associação entre padrão de cuidado primário e o desenvolvimento da criança, ao mesmo tempo em que alterações nos sistemas neuroendócrino e comportamental, bem como no neurodesenvolvimento, têm sido observadas em crianças que sofreram privações e um estresse importante no início do desenvolvimento. As experiências iniciais da vida, portanto, interagem com a genética para programar o nervoso central (Rincón-Cortés & Sullivan, 2014; Schore, 2005).

Como pode ser observado, os estudos dos efeitos do nascimento PT sobre o desenvolvimento cognitivo do bebê estão bem consolidados, bem como a importância da manipulação do bebê pela mãe, fator muitas vezes limitado no ambiente da UTI Neo, o que pode vir a prejudicar o desenvolvimento da relação de apego.

1.4 OBJETIVOS

A presente dissertação tem, como objetivo geral, avaliar o vínculo de apego no desenvolvimento de crianças nascidas PT e AT e no desenvolvimento da cognição, da linguagem e da motricidade. Este objetivo será alcançado através de dois estudos que têm como objetivos específicos:

Estudo I

- Verificar se o nascimento PT afeta a segurança do vínculo de apego, em comparação com crianças nascidas AT;
- Comparar o tipo de relação de apego estabelecida entre mãe e bebê pré-termo e entre mãe e bebê a termo.

Estudo II

- Investigar a associação entre padrão de apego e desempenho cognitivo, linguístico e motor.

2 METODOLOGIA

2.1 DESENHO DO ESTUDO

Este trabalho se caracteriza como um estudo transversal quase experimental.

2.2 HIPÓTESES

H₀: O desenvolvimento cognitivo é igual em crianças nascidas pré-termo e crianças nascidas a termo.

H₁: O desenvolvimento cognitivo é diferente em crianças nascidas pré-termo e crianças nascidas a termo.

H₀: O tipo de relação de apego estabelecido entre mãe e bebê pré-termo é igual ao tipo de relação de apego entre mãe e bebê a termo.

H₁: O tipo de relação de apego estabelecido entre mãe e bebê pré-termo é diferente do tipo de relação de apego entre mãe e bebê a termo.

H₀: Não há associação entre padrão de apego e o desenvolvimento da cognição, da linguagem e da motricidade.

H₁: Há associação entre padrão de apego e o desenvolvimento da cognição, da linguagem e da motricidade.

2.3 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada no Centro de Neuropediatria do Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Paraná (CENEP/HC), no Centro Educacional Infantil Pipa Encantada do Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Paraná (CEI Pipa Encantada/HC/UFPR), ambos localizados no bairro Alto da Glória, e no Centro de Psicologia Aplicada da Universidade Federal do Paraná (CPA/UFPR), situado no campus da Praça Santos Andrade da Universidade Federal do Paraná. Todas as instituições estão localizadas na cidade de Curitiba/PR.

2.4 AMOSTRA

A amostra foi formada por conveniência e foi composta por crianças de ambos os sexos, atendidas pelo CENEP/HC, CEI Pipa Encantada/HC/UFPR e CPA/UFPR. No CENEP/HC, as crianças que participaram do estudo realizavam acompanhamento longitudinal do desenvolvimento nos ambulatórios 140 e 370, tendo sido encaminhadas para estes atendimentos pelo HC/UFPR logo após o nascimento ou pelas unidades de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS). No CEI Pipa Encantada/HC/UFPR os participantes do estudo eram alunos regularmente matriculados na instituição nas turmas iniciais. As crianças avaliadas no CPA/UFPR foram encaminhadas à instituição pela pesquisadora, para participação na pesquisa.

No Estudo I a amostra foi dividida em dois grupos: Grupo Experimental (GE) e Grupo Controle (GC). No Estudo II, os dois grupos do Estudo I constituíram uma amostra geral que foi, posteriormente, dividida em dois grupos: crianças com padrão de apego seguro e crianças com padrão de apego inseguro.

2.4.1 Critérios de inclusão grupo experimental

- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) assinado por pais ou responsável;
- Ambos os sexos;
- Nascidos pré-termo, entre 22 e 36 semanas de gestação;
- Idade corrigida entre 12 meses e 25 meses.

2.4.2 Critérios de exclusão grupo experimental

- Crianças nascidas com malformações congênitas, síndromes genéticas e/ou doenças em geral;
- Crianças com comprometimento sensorial grave;
- Idade corrigida menor que 12 meses ou maior que 25 meses;
- Pais ou responsáveis que não assinaram o TCLE.

2.4.3 Critérios de inclusão grupo controle

- TCLE assinado por pais ou responsáveis;
- Ambos os sexos;
- Nascidos a termo;
- Idade entre 12 e 25 meses.

2.4.4 Critérios de exclusão grupo controle

- Crianças nascidas com malformações congênitas, síndromes genéticas e/ou doenças em geral;
- Crianças com comprometimento sensorial grave;
- Idade menor que 12 meses ou maior que 25 meses;
- Pais ou responsáveis que não assinaram o TCLE.

2.5 COLETA DE DADOS

2.5.1 Instrumentos

- **TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido** (Apêndice A): elaborado pela autora, conforme padrões do Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos.

- **Questionário sociodemográfico** (Apêndice B): questionário elaborado pela autora para traçar o perfil da população de estudo, constituído por itens referentes à estrutura familiar, assim como aos dados neonatais, e aplicado em um dos pais.

Juntamente neste questionário foram abordados dados referentes à condição econômica, a fim de estabelecer a classificação econômica da família. Os dados requeridos aqui seguem as diretrizes do Critério de Classificação Econômica Brasil 2015, elaborado pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP, 2014). Para o estabelecimento da classe econômica o questionário considera posse de itens, condições de moradia e nível de escolaridade do chefe da família. De acordo com as pontuações de corte a família é classificada na classe A, B1, B2, C1, C2 ou D-E.

- **Escala Bayley do Desenvolvimento Infantil III (BSID III)** (Bayley, 2006): escala de avaliação do desenvolvimento de crianças. Avalia cinco domínios de desenvolvimento, através das subescalas: cognição; linguagem, dividida em linguagem receptiva e linguagem expressiva; motricidade, dividida em motricidade fina e motricidade grossa; Questionário socioemocional; e Questionário do comportamento adaptativo. Apesar de a BSID III não ter sido validada para a população brasileira, o manual e o caderno de aplicação foram traduzidos e maior atenção foi dada durante a aplicação quanto às questões culturais. As tabelas utilizadas para a classificação dos resultados foram as do estudo de padronização americano.

No presente estudo foram utilizadas as subescalas cognitiva, de linguagem e motora, as quais foram aplicadas diretamente na criança, e o Questionário socioemocional, feito com um dos pais. Os resultados foram avaliados com a utilização do escore escalar, em que a pontuação varia entre 1 e 19, com média 10 e desvio-padrão de 3.

O Questionário socioemocional (Anexo A) é um questionário de frequência de comportamento da criança, em que a pontuação dada a cada item varia de “0 = não sei” a “5 = sempre”. Para a análise dos dados foram consideradas as respostas a cada item, assim como o escore escalar.

- **Situação Estranha de Ainsworth** (Ainsworth, Blehar, Waters & Wall, 1978): A situação estranha é o nome dado à experiência de Mary Ainsworth, em que a relação de apego e a criança é avaliada. O estudo realizado por Ainsworth foi publicado, juntamente com a base teórica e as orientações de aplicação e correção do instrumento, no livro *Patterns of Attachment* (Ainsworth et al., 1978).

Trata-se de um processo experimental, que sujeita a criança a diferentes situações, as quais ocorrem numa sala desconhecida para ela, permitindo aos observadores analisar o comportamento da criança quando esta se encontra sozinha, na companhia da figura de apego e com uma pessoa estranha. Neste estudo, como figuras de apego, a participação do pai ou da mãe foi requisitada. A escolha destes como figura de apego ocorreu uma vez que são eles, frequentemente, os cuidadores principais da criança e, portanto, suas figuras de apego.

O procedimento é dividido em 8 episódios, que estão resumidos na Figura 1.

Episódio	Ação
1	O avaliador fornece orientações, para a figura de apego, sobre a Situação Estranha.
2	O avaliador sai da sala e inicia a Situação Estranha. A figura de apego e a criança estão na sala e a criança brinca.
3	Uma pessoa estranha entra na sala e se junta a eles. Primeiramente ela fica em silêncio, após um tempo ela conversa com a figura de apego e posteriormente ela se aproxima da criança.
4	A figura de apego sai da sala, deixando a criança com a pessoa estranha.
5	A figura de apego volta a entrar na sala e a pessoa estranha sai.
6	A figura de apego se retira novamente da sala, deixando a criança sozinha.
7	A pessoa estranha regressa para a sala e tenta interagir com a criança.
8	A figura de apego volta para a sala e a pessoa estranha sai.

Figura 1. Episódios que compõe a Situação Estranha de Ainsworth

Cada episódio tem duração de cerca de 3 minutos, e sucedem da seguinte forma: a criança e a figura de apego são levadas para uma sala desconhecida, com brinquedos para que a criança possa explorar o ambiente e brincar na presença da mãe. As orientações quanto às condutas que a figura de apego deve ter com relação à criança são dadas para a figura de apego. Inicia-se a Situação Estranha com figura de apego e criança sozinhas na sala; enquanto a criança é estimulada a brincar com os brinquedos, a figura de apego fica sentada em uma cadeira lendo, ou olhando alguma revista. A pessoa estranha entra na sala, primeiramente silenciosa, falando depois com a figura de apego e por fim, aproximando-se da criança para brincar. A figura de apego, então, sai da sala, deixando a criança com a pessoa estranha. Depois de decorridos alguns minutos, a figura de apego regressa e a pessoa estranha sai. Nesse momento, a figura de apego se volta para a criança, conforta-a se necessário e a estimula a voltar a brincar. Posteriormente, a figura de apego sai novamente da sala, deixando a criança sozinha. Depois, a pessoa estranha entra na sala e tenta brincar, entreter ou confortar a criança. Por fim, a figura de apego retorna à sala e o estranho deixa a sala; a criança é confortada pela figura de apego, se preciso, e encorajada a voltar a brincar. A situação é, então, finalizada. A Figura 1 resume os episódios.

O principal objetivo da experiência é observar a resposta da criança à saída da figura de apego da sala nos episódios 4 e 6, assim como a reação da criança à figura de apego quando esta retorna, nos episódios 5 e 8.

Os comportamentos da criança em toda a situação são categorizados com relação a variáveis interacionais discretas. Com base nas categorizações é realizada uma análise qualitativa e a criança é classificada em um dos tipos de relação de apego: apego seguro (B), apego inseguro evitativo (A), apego inseguro ambivalente (C) ou apego desorganizado (D). Em caso de impossibilidade de classificação devido à falta de dados, procede-se a especificação “impossível classificar”.

- **Escala de Estilo Materno e Paterno** (Seidl de Moura & Ribas Jr., 2003): trata-se de um conjunto de quatro escalas, aplicadas individualmente à mãe, cada uma com 17 itens: maternagem real e ideal e paternagem real e ideal. Cada uma das quatro escalas contém itens de três subescalas: didática, social e disciplina. Esta escala foi desenvolvida por M. Bornstein e colaboradores no contexto de um programa de pesquisa transcultural e longitudinal (Bornstein et al., 1996). Uma cópia do instrumento foi cedida ao grupo de M. L. Seidl de Moura no Brasil, que colaborou com essa pesquisa internacional. O instrumento foi traduzido e adaptado por Maria Lucia Seidl de Moura e Rodolfo de Castro Ribas Jr. (2003), da Universidade do Rio de Janeiro, e teve sua consistência avaliada. No presente estudo o instrumento foi aplicado somente nas mães e foi utilizada somente a parte A do questionário (Anexo B).

O questionário Estilo Materno é um questionário de frequência de comportamento da mãe, em que a pontuação dada a cada item varia de “1 = quase nunca” a “5 = todo o tempo”. Para a análise dos dados foram consideradas as respostas a cada item individualmente.

2.5.2 Procedimentos

1) Contato com os pais: o contato com um ou ambos os pais da criança foi feito nas próprias instituições participantes da pesquisa ou por telefone, quando foi explicado a respeito do estudo e feito o convite para a família participar.

2) Estabelecimento de um horário para a avaliação: quando aceito o convite, foi marcado um horário para a realização das avaliações, conforme possibilidade da família e da pesquisadora.

3) Assinatura do TCLE.

4) Avaliação: a avaliação foi feita nas próprias dependências das instituições que realizavam o atendimento daquela determinada família. Procurou-se seguir uma ordem de aplicação dos instrumentos, conforme segue:

- a) Desenvolvimento da Situação Estranha de Ainsworth;
- b) Administração, com a criança, da BSID III, na presença de um dos pais;
- c) Aplicação dos Questionários de Estilo Materno e Questionário Socioemocional da BSID III com os pais;
- d) Aplicação do Questionário sociodemográfico com os pais.

No entanto, quando necessário, a ordem de aplicação dos instrumentos era alterada a fim de garantir a efetividade da avaliação.

2.5.3 Aspectos éticos

O projeto foi avaliado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Paraná, e obteve parecer favorável para a sua execução (Anexo C), sendo conduzido conforme dispõe a Resolução CNS 196/96.

2.5.4 Processamento dos dados

Os resultados obtidos no estudo foram descritos por médias, medianas, valores mínimos, valores máximos e desvios padrões. Para variáveis qualitativas foram apresentadas frequências e percentuais. Para a comparação de grupos definidos de acordo com a classificação da relação de apego com variáveis quantitativas foi considerado o teste *t de Student* para amostras independentes ou o teste não paramétrico de *Mann-Whitney*, quando apropriado. Em relação a variáveis qualitativas, as comparações foram feitas utilizando o teste exato de *Fisher* ou o teste de Qui-quadrado. A normalidade foi verificada com o teste *Shapiro-Wilk*.

Os dados foram analisados com o programa computacional *Statistical Package for the Social Sciences* - IBM SPSS Statistics, versão 20.0.

3 ESTUDO I – Nascimento pré-termo e padrão de apego

RESUMO

O nascimento pré-termo (PT) pode exercer impacto em diversos aspectos do desenvolvimento da criança. O presente estudo tem como objetivo verificar se o nascimento PT afeta a segurança do vínculo de apego e comparar o tipo de relação de apego estabelecida entre mãe e bebê PT e entre mãe e bebê a termo (AT). Participaram do estudo 50 crianças, com idades entre 12 e 25 meses, e suas mães. A amostra foi composta por dois grupos: grupo experimental (GE) ($n = 30$), composto por crianças nascidas PT e grupo controle (GC) ($n = 20$), de crianças nascidas AT. Utilizou-se um questionário de anamnese, a Situação Estranha de Ainsworth, as Escalas Bayley de Desenvolvimento Infantil – Ed. 3 e o questionário Estilo Materno como instrumentos de avaliação. O GE apresentou maiores porcentagens de padrões de apego inseguros (evitativo, ambivalente e desorganizado) em comparação ao GC, mas esta diferença não se mostrou significativa ($p = 0,67$). Apesar de não ter sido encontrada associação entre o nascimento PT e os padrões inseguros de apego os resultados apontam a tendência para esta relação na população estudada, que poderia ser constatada se a amostra fosse ampliada.

Palavras chave: Prematuridade. Vínculo afetivo. Relações mãe-filho.

A Teoria do Apego, desenvolvida por John Bowlby (Ainsworth & Bowlby, 1991), afirma que durante o primeiro ano de vida o bebê forma uma relação de apego com o seu cuidador principal. Esta relação está associada à acessibilidade, sensibilidade e responsividade do cuidador frente às demandas expressas pelo bebê (Cassidy & Shaver, 2008). O apego não é hereditário ou um traço que nasce com a criança, mas está relacionado com a qualidade do cuidado que é fornecido a ela ao longo de seu primeiro ano de vida (Stupica, Sherman & Cassidy, 2011).

Devido às condições ambientais e biológicas que muitos bebês nascidos pré-termo (PT) e suas famílias vivenciam, eles apresentam risco para o estabelecimento de um padrão de apego seguro (Brisch et al., 2005).

O nascimento pré-termo (PT) está associado, em muitos casos, a complicações neonatais e à necessidade de um período de internação para maior maturação de alguns sistemas orgânicos (Riechi & Moura-Ribeiro, 2012). A unidade de terapia intensiva neonatal (UTI Neo) constitui o local de internação que promove cuidado, mas a longa permanência do bebê neste local, onde a entrada da mãe é

muitas vezes restrita, interfere no acesso da mãe ao bebê e na interação entre eles, o que pode interferir na formação do vínculo entre a díade (Keilty & Freund, 2005). O impedimento ao contato físico e a livre interação com o bebê podem provocar sensações de separação e desapego em relação ao filho, que poderiam não ocorrer se a gestação tivesse chegado ao termo e o bebê estivesse em casa (Brisch, Bechinger, Betzler & Heinemann, 2003).

A psicologia do desenvolvimento preconiza a existência de um “período sensível” nas primeiras horas após o nascimento, durante o qual seria importante o contato físico entre mãe e bebê. Neste primeiro contato a díade estabelece o padrão de interação inicial, importante para o desenvolvimento da relação de apego ao longo do primeiro ano de vida e provê condições para o desenvolvimento da maternagem (Bystrova et al., 2009). O contato, ainda que breve do bebê com a mãe durante este período constitui um preditor do apego seguro (Mehler et al., 2011).

Para além da restrição de contato, outros fatores presentes na situação de parto prematuro constituem fator de risco para o estabelecimento da segurança da relação de apego.

O nascimento pré-termo impacta os pais, especialmente a mãe, que experiencia mudanças nas funções fisiológicas e psicológicas durante a gestação e o puerpério. Ansiedade e depressão são mais comuns no período pós-parto entre as mães que deram à luz prematuramente, quando comparadas as mães de bebês nascidos a termo (AT) (Bener, 2013). O nascimento antecipado inesperado e a quebra da expectativa do nascimento em período normal podem fazer com que a mãe se sinta desamparada e impotente para proteger o bebê (Korja, Latva & Lehtonen, 2012). Maior apreensão com as complicações do nascimento PT e possíveis déficits no desenvolvimento do filho, além de aumentarem a ansiedade, também aumentam os níveis de estresse (Singer et al., 1999).

Maior nível de estresse é observado em pais de bebês nascidos PT (Schappin, Wijnroks, Venema & Jongmans, 2013), o qual permanece presente por muitos meses após o parto e à saída do hospital, embora o estresse diminua ou cesse após o primeiro ano de vida da criança (Muller-Nix et al., 2004). No entanto, o estresse materno ao longo do primeiro ano de vida do filho está associado à insegurança do apego da mãe (González-Serrano et al., 2012), e afeta a interação entre mãe e filho (Forcada-Guex, Borghini, Pierrehumbert, Ansermet & Muller-Nix, 2011).

Alguns autores relatam que a permanência do bebê na incubadora e o estresse materno possam afetar negativamente a habilidade da mãe em responder apropriadamente às necessidades do filho, enquanto outros estudos indicam que o nascimento PT e suas decorrências não exercem influência sobre esta habilidade (Bilgin & Wolke, 2015). Apesar das conclusões não serem efetivas, em meta-análise Bilgin e Wolke (2015) averiguaram o comportamento materno quanto à sensibilidade, responsividade e facilitação, e concluíram que a maternagem de PT é similar a de AT.

Ainsworth, Bleher, Waters e Wall (1978) apontaram a sensibilidade como um dos principais fatores para a construção de uma relação de apego segura. Os autores caracterizam a sensibilidade como a capacidade da mãe em estar alerta para perceber os sinais que o seu filho fornece, interpretá-los com precisão e responder de acordo com a necessidade dele no momento. Desta forma, as respostas da mãe devem estar temporalmente subordinadas aos sinais da criança.

Associação entre a sensibilidade do cuidador e o padrão de apego da criança foi demonstrada em muitas amostras, no entanto, a força da associação varia conforme a população estudada (Wolff & Van Ijzendoorn, 1997). Enquanto a força desta associação é moderada ou forte em crianças nascidas AT, em crianças PT ela é fraca ou inexistente (Miljkovitch et al., 2013; Wolke, Eryigit-Madzwamuse & Gutbrod, 2013). Contudo, apesar da fraqueza desta associação, as crianças nascidas PT são mais afetadas pelas experiências de sensibilidade parental e necessitam de maior sensibilidade (Jaekel, Pluess, Belsky & Wolke, 2015).

A sensibilidade materna desempenha um papel importante, mas não pode ser considerada a condição única ou a principal para o desenvolvimento do apego (Boldt, Kochanska, Gekin & Brock, 2016; Poehlmann, Burnson & Weymouth, 2014). Outras características da maternagem devem ser consideradas.

Estudos que abordam outros domínios que contribuem para a relação mãe-filho apontam para diferenças na maternagem entre os grupos de crianças PT e AT. As mães de crianças nascidas PT são consideradas mais controladoras (Miljkovitch et al., 2013) e mais intrusivas (Agostini, Neri, Dellabartola, Biasini & Monti, 2014; Muller-Nix et al., 2004), quando comparadas as mães de crianças AT. A intrusividade e o controle podem surgir como táticas dos pais na tentativa de envolver o filho nascido PT, que demonstra características de baixa autorregulação, afeto negativo, atenção volúvel, baixo envolvimento social e sinais comunicativos

inconsistente na interação (Feldman, 2007). Assim, o impacto que advém do nascimento PT influencia o estilo de maternagem e as condutas interativas da mãe (Muller-Nix et al., 2004; Wijnroks, 1999).

Pesquisas com amostras clínicas (Van Ijzendoor, Schuengel & Backermans-Kranenburg, 1999), com crianças que permaneceram em UTI Neo logo após o nascimento (Pennestri et al., 2015) e com crianças que apresentam comprometimento neurológico (Brisch et al, 2003) apontam que estes fatores constituem riscos ao desenvolvimento de um padrão inseguro ou desorganizado de apego.

Esperar-se-ia, então, que crianças nascidas PT fossem mais passíveis ao desenvolvimento de relações de apego com padrões inseguros. Apesar de diversas pesquisas na área, os resultados são inconclusivos. Enquanto algumas pesquisas demonstraram relação entre nascimento PT e desenvolvimento de apego inseguro (Fuertes, Santos, Beeghly & Tronick, 2006; Wille, 1991; Wolke et al., 2013), outras não encontraram esta relação (Brisch et al., 2005; Butcher, Kalverboer, Minderaa, Van Doormaal & Wolde, 1993).

Estes estudos já publicados, em sua maioria, foram realizados em países desenvolvidos, onde a condição socioeconômica e o nível educacional dos pais são maiores, fatores que estão relacionados a representações de apego seguro nos pais, constituindo um fator de proteção para o desenvolvimento do padrão de apego da criança (González-Serrano et al., 2012).

No Brasil, nenhum estudo empírico envolvendo relação de apego e nascimento PT foi identificado. Assim, o Estudo I tem como objetivos verificar se a prematuridade afeta a segurança do vínculo de apego, em comparação com crianças nascidas a termo, e comparar o tipo de relação de apego estabelecida entre mãe e bebê PT e entre mãe e bebê AT.

3.1 MÉTODO

3.1.1 Desenho do estudo

Este trabalho se caracteriza como um estudo transversal quase experimental caso-controle.

3.1.2 Local da pesquisa

Centro de Neuropediatria do Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Paraná (CENEP/HC); Centro Educacional Infantil Pipa Encantada do Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Paraná (CEI Pipa Encantada/HC/UFPR); e Centro de Psicologia Aplicada da Universidade Federal do Paraná (CPA/UFPR).

3.1.3 Amostra

A amostra foi formada por conveniência e foi composta por 50 crianças, com idades entre 12 e 25 meses, divididas em dois grupos: Grupo Experimental (GE) ($n = 30$), composto por crianças nascidas PT e Grupo Controle (GC) ($n = 20$), de crianças nascidas AT. Os dois grupos foram formados por crianças de ambos os sexos, sem malformações congênitas, síndromes genéticas ou comprometimento sensorial grave. Todas as crianças eram atendidas por uma das três instituições participantes da pesquisa.

No CENEP/HC, as crianças que participaram do estudo realizavam acompanhamento longitudinal do desenvolvimento nos ambulatórios 140 e 370, tendo sido encaminhadas para estes atendimentos pelo HC/UFPR, logo após o nascimento, ou pelas unidades de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS). Por serem ambulatórios de atendimento de crianças com risco estabelecido do desenvolvimento, todas as crianças avaliadas no CENEP/HC pertencem ao GE. No CEI Pipa Encantada/HC/UFPR os participantes do estudo eram alunos regularmente matriculados na instituição, nas turmas iniciais. Estas crianças fizeram parte de um dos dois grupos de estudo, GE ou GC, de acordo com a idade gestacional (IG) com que nasceram. As crianças avaliadas no CPA/UFPR foram encaminhadas à instituição pela pesquisadora, para participação na pesquisa. Todas as crianças avaliadas nesta instituição integraram o GC.

3.1.4 Instrumentos

- **Questionário sociodemográfico:** questionário para traçar o perfil da população de estudo, constituído por itens referentes à condição socioeconômica da família, estrutura familiar e dados neonatais, e aplicado em um dos pais. A elaboração dos

itens referentes às características socioeconômicas seguiu as diretrizes do Critério de Classificação Econômica Brasil 2015 (ABEP, 2014).

- **Situação Estranha de Ainsworth** (Ainsworth et al., 1978): experiência em que a relação entre a figura de apego e a criança é avaliada. Trata-se de um processo experimental, que sujeita a criança a diferentes situações, por meio das quais os avaliadores analisam o comportamento da criança quando esta se encontra sozinha, na companhia da figura de apego e com uma pessoa estranha. Através do experimento a criança é classificada em uma das categorias: apego seguro (B), apego inseguro evitativo (A), apego inseguro ambivalente (C) e apego desorganizado (D).

- **Escala Bayley do Desenvolvimento Infantil III (BSID III)** (Bayley, 2006): Avalia o desenvolvimento infantil, através das subescalas: cognição; linguagem, dividida em linguagem receptiva e linguagem expressiva; motricidade, dividida em motricidade fina e motricidade grossa. Utilizou-se também o Questionário Socioemocional.

- **Escala de Estilo Materno e Paterno** (Seidl de Moura & Ribas Jr., 2003): conjunto de quatro escalas, aplicadas individualmente à mãe, cada uma com 17 itens: maternagem real e ideal e paternagem real e ideal. Cada uma das quatro escalas contém itens de três subescalas: Didático, Social e Disciplina. No presente estudo foi utilizada somente a escala de maternagem real.

3.1.5 Análise dos dados

Os resultados obtidos no estudo foram descritos por médias, medianas, valores mínimos, valores máximos e desvios padrões. Para variáveis qualitativas foram apresentadas frequências e percentuais. Para a comparação de grupos definidos de acordo com a classificação da relação de apego com variáveis quantitativas foi considerado o teste *t de Student* para amostras independentes ou o teste não paramétrico de *Mann-Whitney*, quando apropriado. Em relação a variáveis qualitativas, as comparações foram feitas utilizando o teste exato de *Fisher* ou o teste de Qui-quadrado. A normalidade foi verificada com o teste *Shapiro-Wilk*.

Os dados foram analisados com o programa computacional *Statistical Package for the Social Sciences - IBM SPSS Statistics*, versão 20.0.

3.2 RESULTADOS

3.2.1 Descrição da amostra

Foram contatados 89 pais, pessoalmente quando possível, ou por telefone. Destes, 60 aceitaram participar com seus filhos do estudo, mas somente 51 compareceram à avaliação. Uma avaliação não pode ser concluída, o que resultou na avaliação completa de $N = 50$ crianças. Esta casuística representou 56,17% dos sujeitos contatados.

As Tabelas 1 e 2 mostram a distribuição da amostra nos dois grupos, em relação à idade e gênero, respectivamente.

TABELA 1

Idade da amostra (em meses) total e de acordo com cada grupo

Grupo	N	Média	Mínimo	Máximo	Desvio padrão
GE	30	18 meses e 20 dias	12 meses e 15 dias	24 meses e 2 dias	3,48
GC	20	16 meses e 18 dias	12 meses e 20 dias	24 meses e 5 dias	3,31
Total	50	17 meses e 25 dias	12 meses e 15 dias	24 meses e 5 dias	3,53

Nota: GE = Grupo Experimental; GC = Grupo Controle.

TABELA 2

Distribuição de gênero na amostra e em cada grupo

Gênero	GE f (%)	GC f (%)	Geral f (%)
Feminino	12 (40)	7 (35)	19 (38)
Masculino	18 (60)	13 (65)	31 (62)
Total	30 (100)	20 (100)	50 (100)

Nota: GE = Grupo Experimental; GC = Grupo Controle.

A amostra foi composta por crianças de ambos os sexos ($N = 50$), com idades entre 12 meses e 15 dias e 24 meses e 5 dias e média de idade igual a 17 meses e 25 dias ($DP = 3,53$), dividida em dois grupos, grupo experimental (GE) e grupo controle (GC). O GE ($n = 30$), foi constituído por crianças nascidas PT, com idades entre 12 meses e 15 dias e 24 meses e 2 dias, média de 18 meses e 20 dias ($DP = 3,48$), 12 do sexo feminino (40%) e 18 do sexo masculino (60%). O GC ($n = 20$), foi formado por crianças nascidas AT com idades entre 12 meses e 20 dias e 24

meses e 5 dias e média de 16 meses e 18 dias ($DP = 3,31$), 7 do sexo feminino (35%) e 13 do sexo masculino (65%).

Os dados gerais da amostra quanto às características de nascimento (idade gestacional, tempo de internação, Apgar 1º minuto e 5º minuto, peso ao nascimento, estatura ao nascimento e perímetro cefálico), estão inseridos na Tabela 3.

TABELA 3

Características do nascimento dos grupos GE e GC

Variável	Grupo	N	Média	Desvio padrão	Mediana	Mínimo	Máximo
Idade gestacional (semanas)	GE	30	31	2,8	31	25	36
	GC	20	38	1,0	39	37	42
Apgar 1º minuto	GE	30	6,2	2,2	7	1	9
	GC	19	8,4	1,1	9	5	9
Apgar 5º minuto	GE	30	8,4	1,4	9	4	10
	GC	19	9,6	0,6	10	8	10
Estatura ao nascimento (cm)	GE	26	38,6	5,1	39	23,5	46
	GC	20	47,9	1,9	48	44	52
Perímetro cefálico (cm)	GE	27	28,6	3,3	29	23,6	39
	GC	11	34,4	2,1	33,5	32	39
Peso ao nascimento (g)	GE	30	1462	407	1390	890	2360
	GC	20	3223	458	3195	2430	4290
Tempo de Internação (dias)	GE	30	45	33,3	33	0	120
	GC	20	0	0	0	0	0

Nota: GE = Grupo Experimental; GC = Grupo Controle.

A média da IG do GE foi de 31 semanas, mínima de 25 e máxima de 36 semanas. A média de dias de internação no GE foi de 45 dias. O peso ao nascimento (PN) mínimo do GE foi de 890g, o máximo de 2360g e a média 1462g. O Apgar no 1º minuto teve média de 6,2, sendo possível observar um aumento desta média no Apgar do 5º minuto, que foi igual a 8,4.

No GC, a média da IG foi de 38 semanas e nenhum bebê ficou internado após o nascimento. O PN médio foi de 3223g, com mínimo de 2430g e máximo de 4290g. O Apgar de 1º e 5º minutos tiveram médias altas, 8,4 e 9,6, respectivamente.

Dados referentes à classificação neonatal de PN (World Health Organization [WHO], 2004) e da relação entre peso ao PN e IG (Battaglia & Lubchenco, 1967) constam na Tabela 4.

TABELA 4

Classificação neonatal de peso da amostra total e em cada grupo

Característica		GE f (%)	GC f (%)	Total f (%)
Classificação neonatal de peso	Extremo baixo peso	6 (20)	0	6 (12)
	Muito baixo peso	12 (40)	0	12 (24)
	Baixo peso	12 (40)	2 (10)	14 (28)
	Normal	0	18 (90)	18 (36)
Classificação PN/IG	PIG	6 (20)	3 (15)	9 (18)
	AIG	24 (80)	15 (75)	39 (78)
	GIG	0	2 (10)	2 (4)

Nota: GE = Grupo Experimental; GC = Grupo Controle.

Peso normal ao nascimento foi observado em 18 (90%) das crianças do GC e baixo peso em 2 (10%). No GE, nenhuma criança nasceu com peso abaixo de 2500g, 12 (40%) nasceram com baixo peso, 12 (40%) com muito baixo peso e 6 (20%) com extremo baixo peso. Ainda, no GE 6 (20%) nasceram pequenas para a idade gestacional (PIG) e 24 (80%) adequadas para a idade gestacional (AIG). No GC, 3 (15%) nasceram PIG, 15 (75%) AIG e 2 (10%) nasceram grandes para a idade gestacional (GIG).

Informações da estrutura familiar (situação parental, idade e escolaridade materna e paterna, ocupações materna e paterna e número de irmãos) e a classe socioeconômica constam na Tabela 5.

TABELA 5

Dados sociodemográfico dos grupos GE e GC

Variáveis sociodemográficas		GE f (%)	GC f (%)
Escolaridade materna	Fundamental incompleto	3 (10)	0
	Fundamental completo/médio incompleto	6 (20)	1 (5)
	Médio Completo	17 (56,7)	3 (15)
	Superior completo	4 (13,3)	16 (80)
Escolaridade paterna	Fundamental incompleto	3 (10,7)	0
	Fundamental completo/médio incompleto	6 (21,4)	0
	Médio Completo	15 (53,6)	7 (35)
	Superior completo	4 (14,3)	13 (65)
Ocupação da mãe	Lar	14 (46,7)	4 (20)
	Autônoma	4 (13,3)	1 (5)
	Empregada	11 (36,7)	15 (75)
	Desempregada	1 (3,3)	0
Ocupação do pai	Autônomo	4 (13,8)	0
	Empregado	23 (79,3)	20 (100)
	Desempregado	2 (6,9)	0
Situação parental	Mãe solteira	2 (6,7)	0
	Separados	4 (13,3)	0
	Casados/união estável	24(80)	20 (100)
Número de irmãos	0	18 (62,1)	8 (40)
	1	6 (20,7)	7 (35)
	2	4 (13,8)	4 (20)
	< 2	1 (3,4)	1 (5)
Classe socioeconômica	A	4 (13,3)	4 (20)
	B1	0	8 (40)
	B2	8 (26,7)	6 (30)
	C1	11 (36,7)	1 (5)
	C2	7 (23,3)	1 (5)
Creche	Um período	1 (3,3)	13 (65)
	Integral	6 (20)	3 (15)
	Não frequenta	23 (76,7)	4 (20)
Idade materna (anos)	Média (DP)	31,2 (DP = 7,3)	34,4 (DP = 4,4)
Idade paterna (anos)	Média (DP)	34,6 (DP = 9,9)	35,6 (DP = 6,5)

Nota: GE = Grupo Experimental; GC = Grupo Controle.

A idade materna média do GE foi de 31,2 anos e a paterna de 34,6 anos. A maior parte destas mães possuía até o ensino médio completo, assim como os pais. No que se refere à ocupação, 46,7% das mães do GE eram do lar e 36,7% estavam empregadas. Dos pais, 79,3% estavam empregados.

No GC, as médias de idade materna e paterna foram, respectivamente, 34,4 e 35,6 anos. Entre as mães, 80% tinham ensino superior completo e, entre os pais, 65% tinham ensino superior completo. Todos os pais desta amostra trabalhavam e 75% das mães também tinham emprego fixo.

No que concerne à situação parental, a grande maioria (80%) dos pais do GE e todos os pais do GC, estavam casados ou em uma união estável.

As classes socioeconômicas mais preponderantes no GE foram as B2 (26,7%), C1 (36,7%) e C2 (23,3%), enquanto que no GC a maioria das famílias foi classificada nas classes A (20%), B1 (40%) e B2 (30%).

Enquanto 16 (80%) crianças do GC frequentavam uma creche por um período ou integralmente, no GE apenas 7 (23,3%) crianças estavam matriculadas em uma instituição de ensino infantil.

3.2.2 Nascimento pré-termo, nascimento a termo e desenvolvimento cognitivo

Comparou-se o desempenho nos testes de desenvolvimento da BSID III entre os dois grupos GE e GC. Os dados estão inseridos na Tabela 6.

TABELA 6

Comparação das médias das pontuações escalares dos grupos GE e GC em cada um dos domínios do desenvolvimento avaliados

Variáveis	Grupos		Valor de <i>p</i>
	GE	GC	
Cognição	8,60	11,35	0,000⁽¹⁾
Linguagem receptiva	9,73	11,30	0,065 ⁽¹⁾
Linguagem expressiva	8,83	11,05	0,000⁽²⁾
Motricidade fina	10,00	11,05	0,108 ⁽²⁾
Motricidade grossa	8,90	10,30	0,184 ⁽¹⁾

⁽¹⁾ Teste de *Mann-Whitney*

⁽²⁾ Teste *t* de *Student* para amostras independentes

Nota: GE = Grupo Experimental; GC = Grupo Controle.

As médias dos grupos diferiram significativamente nos domínios cognição ($p = 0,000$) e linguagem expressiva ($p = 0,000$). Igual diferença não foi encontrada na linguagem receptiva e nas motricidades fina e grossa.

3.2.3 Nascimento pré-termo, nascimento a termo e desenvolvimento socioemocional

Foi aplicado o Questionário Socioemocional da BSID III, em que as mães responderam a perguntas sobre a frequência de comportamentos relacionados ao desenvolvimento social e emocional de seus filhos. As respostas das mães dos dois grupos foram comparadas. Foram consideradas a pontuação escalar total, assim

como as médias das respostas em cada item individualmente, conforme mostra a Tabela 7.

TABELA 7

Comparação, entre os grupos GE e GC, das médias das pontuações escalar e bruta obtidas no Questionário Socioemocional da BSID III

		N	Grupo		Valor de p
			GE (média)	GC (média)	
Pontuação Escalar		50	8,47	8,90	0,397 ⁽¹⁾
	1	50	3,03	3,40	0,503 ⁽²⁾
	2	50	3,17	3,50	0,339 ⁽²⁾
	3	50	3,07	3,45	0,618 ⁽²⁾
	4	50	3,57	3,45	0,539 ⁽²⁾
	5	50	3,67	4,05	0,550 ⁽²⁾
	6	50	4,00	4,25	0,920 ⁽²⁾
	7	50	4,30	4,30	0,533 ⁽²⁾
	8	50	4,50	3,95	0,025⁽²⁾
	9	50	4,30	4,00	0,123 ⁽²⁾
	10	50	4,63	4,35	0,220 ⁽²⁾
	11	50	4,93	4,80	0,643 ⁽²⁾
Itens do Questionário socioemocional	12	50	4,97	4,90	0,336 ⁽²⁾
	13	50	4,60	4,65	0,656 ⁽²⁾
	14	50	4,90	4,75	0,084 ⁽²⁾
	15	50	4,73	4,75	0,569 ⁽²⁾
	16	50	4,13	4,00	0,542 ⁽²⁾
	17	50	3,83	4,00	0,839 ⁽²⁾
	18	36	4,75	4,17	0,562 ⁽²⁾
	19	36	3,71	3,75	0,104 ⁽²⁾
	20	36	3,42	3,50	0,934 ⁽²⁾
	21	36	3,42	3,50	0,934 ⁽²⁾
	22	17	3,42	4,00	0,646 ⁽²⁾
	23	16	2,92	3,25	0,599 ⁽²⁾
	24	16	4,42	4,25	0,446 ⁽²⁾

⁽¹⁾ Teste *t* de Student

⁽²⁾ Teste de Mann-Whitney

Nota: GE = Grupo Experimental; GC = Grupo Controle.

Apenas no item 8, que consiste no enunciado “Você pode conseguir facilmente a atenção de seu filho aproximando-se dele ou movimentando-se lentamente ao redor dele”, obteve-se diferença significativa entre os grupos ($p = 0,025$).

3.2.4 Nascimento pré-termo, nascimento a termo e estilo materno

Foi aplicado o questionário Estilo Materno, a fim de verificar as diferenças no estilo materno entre as mães dos GE e GC. Trata-se de um questionário de frequência de comportamento da mãe, em que ela indica a frequência com que

emite os comportamentos relatados nos enunciados. As médias de resposta a cada questão foi comparada entre os dois grupos, GE e GC.

TABELA 8

Comparação das médias das respostas ao questionário Estilo Materno entre os GE e GC

Item	Grupo		Valor de $p^{(1)}$
	GE (média)	GC (média)	
1	3,73	3,84	0,713
2	4,50	4,53	0,516
3	3,30	4,11	0,017
4	4,73	4,84	0,898
5	4,30	4,32	0,644
6	2,73	3,89	0,012
7	4,50	4,47	0,666
8	4,03	3,79	0,358
9	4,43	4,37	0,429
10	4,27	4,16	0,202
11	2,03	2,32	0,353
12	4,47	4,11	0,275
13	3,13	4,00	0,015
14	3,53	3,79	0,198
15	4,90	4,63	0,054
16	4,17	3,95	0,177
17	4,70	4,58	0,152

⁽¹⁾ Teste de *Mann-Whitney*

Nota: GE = Grupo Experimental; GC = Grupo Controle.

Conforme apontado na Tabela 8, os grupos mostraram diferença nas frequências do comportamento materno no item 3, que consiste no enunciado “Eu dou para a minha criança tempo para ela ficar sozinha e poder explorar e aprender por si mesma”; no item 6, “Eu ofereço para minha criança contatos ou atividades sociais diferentes com crianças de mesma idade, em grupos de brincadeira ou em encontros com amigos e familiares”; e no item 13, cujo enunciado é “Eu dou para minha criança diferentes brinquedos e objetos para ela brincar e explorar”. Em todos estes itens, as mães de PT mostraram menores frequências destes comportamentos.

3.2.5 Nascimento pré-termo, nascimento a termo e padrão de apego

A Tabela 9 expõe as frequências absoluta e relativa dos padrões de apego em cada grupo.

TABELA 9

Associação entre padrão de apego e os grupos GE e GC

Padrão de apego	GE f (%)	GC f (%)	Geral f (%)	Valor de $p^{(1)}$
Inseguro evitativo (A)	2 (6,7)	1 (5)	3 (6)	1,0
Seguro (B)	22 (73,3)	19 (95)	41 (82)	0,067
Inseguro ambivalente (C)	3 (10)	0	3 (6)	0,265
Desorganizado (D)	3 (10)	0	3 (6)	0,265

⁽¹⁾ Teste exato de Fisher

Nota: GE = Grupo Experimental; GC = Grupo Controle.

Ambos os grupos, GE e GC, apresentaram maior frequência de padrão de apego seguro (B), quando comparado às outras classificações, inseguro evitativo (A), inseguro ambivalente (C) e desorganizado (D). O padrão de apego seguro foi encontrado em 19 dos 20 sujeitos do GC, enquanto que no GE houve mais ocorrências dos padrões de apego inseguros e desorganizado. Porém, essa diferença não se mostrou estatisticamente significativa.

A fim de analisar a amostra em relação à segurança ou insegurança do apego, os padrões de apego inseguro A, C e D foram agrupados. A frequência de segurança e insegurança do apego em cada grupo pode ser observada na Tabela 10.

TABELA 10

Associação entre segurança/insegurança do apego e os grupos GE e GC

Padrão de apego	GE f (%)	GC f (%)	Geral f (%)	Valor de $p^{(1)}$
Inseguro	8 (26,7)	1 (5)	9 (18)	0,067
Seguro	22 (73,3)	19 (95)	41 (82)	

⁽¹⁾ Teste exato de Fisher

Nota: GE = Grupo Experimental; GC = Grupo Controle.

Quando agrupados os padrões de apego conforme as propriedades segurança (padrão B) e insegurança (padrões A, C, D) a diferença entre os grupos permaneceu estatisticamente não significativa.

Buscou-se, também, comparar os grupos com os padrões de apego classificados de acordo com as características organização (padrões A, B e C) e desorganização (padrão D). Os resultados constam na Tabela 11.

TABELA 11

Associação entre organização do apego e os grupos GE e GC

Padrão de apego	GE f (%)	GC f (%)	Geral f (%)	Valor de $p^{(1)}$
Organizado	27 (90)	20 (100)	47 (94)	0,265
Desorganizado	3 (10)	0	3 (6)	

⁽¹⁾ Teste exato de Fisher

Nota: GE = Grupo Experimental; GC = Grupo Controle.

No GC nenhum sujeito foi classificado como padrão D, enquanto que no GE, 3 sujeitos o foram, mas essa diferença não se mostrou significativa ($p = 0,265$).

3.3 DISCUSSÃO

O nascimento pré-termo interrompe a formação do vínculo mãe-bebê que ocorre na fase gestacional e constitui um evento extenuante para a maioria dos pais, trazendo apreensão, estresse e ansiedade. Após o nascimento, a internação e os cuidados da UTI Neo muitas vezes inviabilizam o contato entre mãe e bebê e podem causar algum grau de separação, ainda que mínimo. Estes fatores têm sido considerados de risco para o desenvolvimento do relacionamento entre mãe e filho (Korja et al., 2012).

O objetivo deste estudo foi averiguar se o tipo de padrão de apego que as crianças nascidas PT (GE) estabelecem com suas mães é diferente do tipo de padrão de apego que as crianças nascidas AT (GC) têm com suas mães.

Foram realizadas análises considerando os 4 padrões de apego: seguro (B), inseguro evitativo (A), inseguro ambivalente (C) e desorganizado (D). Devido à baixa amplitude da amostra, buscou-se agrupar os padrões em categorias de acordo com as suas dimensões. Primeiramente, agrupou-se nas dimensões segurança (B) e insegurança (A, C, D) e posteriormente foram explorados os agrupamentos pelas dimensões padrões organizados (A, B, C) e desorganizado (D). Considerando estas três possibilidades de análise, em nenhuma a diferença entre os grupos GE e GC foi estatisticamente significativa.

Diversos estudos têm abordado a temática, mas os resultados obtidos são inconsistentes. Muitos destes estudos datam das décadas de 80 e 90, em países de diversas culturas, e são diferentes quanto as características peri e pós-natais dos sujeitos e quanto a inclusão ou não de um grupo controle de crianças nascidas AT.

Alguns estudos, que não incluíram grupo controle para comparação, compararam as porcentagens encontradas em cada padrão de apego com a amostra original de Ainsworth et al. (1978), que encontrou 65% de apego seguro, 20% de apego inseguro ambivalente e 12% de apego inseguro evitativo.

Rode, Fisch, Chang e Shroufe (1981) avaliaram uma amostra de 24 crianças PT, com PN <2500g, em que o padrão de apego seguro foi predominante, compondo 70,8% da amostra, em comparação com os padrões inseguros evitativo (12,5%) e ambivalente (16,7%). Da mesma forma, Goldberg, Perrotta, Minde e Corter (1986) estudaram ($N = 56$) crianças PT aos 12 meses, com PN <1500g, e verificaram que 75% tinham apego padrão seguro, 18% padrão inseguro evitativo e 7% inseguro ambivalente. Em um estudo com 35 crianças de 13 meses de idade e com PN <2500g, Butcher et al. (1993) encontraram 71% com padrão de apego seguro, 17% com padrão inseguro evitativo e 11% com padrão inseguro ambivalente. A maioria destes estudos obteve resultados similares, indicando que o nascimento PT tem pouca, ou nenhuma, influência sobre o padrão de apego.

Em contrapartida, estudos que incluíram um grupo controle de crianças AT mostraram resultados díspares.

Frodi e Thompson (1985) encontraram resultados semelhantes entre os grupos PT ($n = 20$) e AT ($n = 20$), aos 11 meses de idade; em ambos os grupos a porcentagem de apego seguro foi 75%. Da mesma forma, Easterbrooks (1989) avaliou 30 crianças de cada grupo, PT e AT, aos 13 meses, e verificou resultados semelhantes, em que no grupo PT 67% das crianças tinham padrão seguro de apego e no grupo AT essa porcentagem foi de 60%.

Por outro lado, Wille (1991) em estudo com 36 crianças PT e 18 crianças AT (PN <2500g) aos 12 meses de idade, encontrou diferenças no padrão de apego entre os grupos. No grupo PT, apenas 44% da amostra teve padrão seguro, enquanto que no grupo AT 83% teve padrão seguro.

No entanto, ocorreram mudanças nas condições de cuidado de RN PT nos últimos 15 a 20 anos. No Brasil, a instituição da Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso (Brasil, 2000) trouxe mudanças no cuidado de pacientes neonatais, com melhorias no ambiente visual e luminoso, criação de estratégias de minimização da dor, facilitação do contato do bebê com os pais e emprego do método canguru (Brasil, 2014; Cruvinel & Pauletti, 2009). O propósito é

promover a atenção humanizada ao RN e gerar ações de assistência ao paciente e aos profissionais de saúde e dar acolhimento à família (Souza & Ferreira, 2010).

Assim, aqueles resultados devem ser considerados com cautela (Udry-Jørgensen et al., 2011). Estudos recentes, realizados na última década, têm mostrado resultados diferentes.

Em 2000, Cox, Hopkins e Hans avaliaram 50 crianças PT aos 19 meses de idade, nascidas com IG entre 24 e 36 semanas. O padrão de apego seguro foi encontrado em 58% da amostra, o padrão inseguro evitativo em 24% e o padrão inseguro ambivalente em 16% da amostra.

Baixa incidência de apego seguro foi encontrada no estudo de Fuertes et al. (2006) com 48 crianças PT avaliadas aos 12 meses de idade. Apenas 33,3% foram classificadas com apego seguro; 35,4% apresentaram padrão de apego evitativo e 31,3% apego inseguro ambivalente.

Em 2011, Udry-Jørgensen et al. publicaram um estudo realizado com crianças PT com IG <33 semanas, avaliadas com a Situação Estranha de Ainsworth aos 12 meses de idade. Nesta amostra, a proporção de apego seguro foi baixa (53%), enquanto que nos padrões inseguros (evitativo e ambivalente) ela foi mais alta do que é comumente esperado (47%).

Estes estudos não incluíram o padrão desorganizado (D), adicionado por Main (Main & Solomon, 1990) à classificação original. Na amostra do presente estudo não foi encontrada diferença significativa entre os grupos GC e GE quanto a esta classificação. Apesar de o número de crianças com apego desorganizado encontrado na amostra ter sido baixo ($n = 3$), todos os sujeitos classificados com este padrão pertenciam ao grupo GE, de crianças nascidas PT.

O padrão de apego desorganizado é encontrado em cerca de 15% da população em geral, mas em grupos clínicos este número pode duplicar ou triplicar (Van Ijzendoorn et al., 1999). Este dado se torna preocupante uma vez que este padrão de apego tem sido associado a dificuldades no manejo de estresse, a problemas comportamentais internalizantes e externalizantes, a agressividade, impulsividade e hiperatividade na idade escolar e ao desenvolvimento psicopatologias (Bizzi, Cavanna, Castellano & Pace, 2015; Madigan, Brumariu, Villani, Atkinson & Lyons-Ruth, 2015; Salari, Bohlin, Rydell & Thorell, 2016).

Wolke et al., (2013) compararam amostras de crianças nascidas PT e AT. Em ambos os grupos o padrão de apego seguro foi predominante, os padrões

inseguro ambivalente e inseguro evitativo foram incomuns e o padrão desorganizado teve alta porcentagem, sobretudo no grupo de crianças nascidas PT (32%). Quando consideradas as dimensões segurança-insegurança e organização-desorganização foi identificada diferença entre os dois grupos ($p < 0.05$). Ainda, os autores avaliaram a sensibilidade materna ao termo. Apesar do maior número de apegos inseguros e desorganizados no grupo PT, estas mães se mostraram mais sensíveis neste período do que as mães de crianças nascidas AT. A sensibilidade materna predisse o apego desorganizado apenas no grupo de crianças nascidas AT. De acordo com os autores, para o grupo PT as características da criança (choro e atraso no desenvolvimento) explicam melhor o desenvolvimento do padrão desorganizado do que a sensibilidade materna.

A sensibilidade materna é considerada importante (Posada et al., 2016), mas não é um critério exclusivo para o desenvolvimento de um apego seguro em crianças de amostras não clínicas (Wolff & Van Ijzendoorn, 1997). A associação entre comportamento materno, sensibilidade materna e segurança no apego foi identificada em algumas amostras (Cox et al., 2000; Fuertes et al., 2006), mas não em outras (Brisch et al., 2005; Wille, 1991). No entanto, apesar de essa associação variar, ela parece ser fraca na maioria das amostras clínicas (Wolff & Van Ijzendoorn, 1997).

No presente estudo, os grupos GE e GC diferiram consideravelmente nas variáveis Apgar no 1º minuto, tempo de internação e PN, mas elas não foram correlacionadas com o padrão de apego dentro de cada grupo. Variáveis peri e pós-natais foram analisadas em outros estudos com amostras de crianças PT para averiguar a associação entre elas e o padrão de apego.

Plunkett, Meisels, Stiefel, Pasick e Roloff (1986) investigaram 56 crianças, com idades entre 1 e 18 meses, nascidas PT e divididas em dois grupos, um com crianças que tiveram problemas respiratórios e ficaram internadas por mais de um mês, e um segundo grupo, de crianças sem complicações respiratórias e saudáveis, que tiveram tempo de internação inferior a um mês. A hipótese era a de que, apesar de ambos os grupos serem compostos por crianças nascidas PT, o padrão de apego entre os grupos seria diferente, o que acabou sendo constatado. Crianças com problemas respiratórios e maior tempo de internação tiveram menor proporção de apego seguro, 54,5%, contra 60,9% do outro grupo, e porcentagem muito maior de crianças com apego inseguro ambivalente, 36,4% contra 8,7% do outro grupo. Por

outro lado, crianças PT que ficaram internadas por menos de um mês e não tiveram doenças respiratórias no pós-parto apresentaram proporções de padrões de apego semelhantes a amostra de Ainsworth et al. (1978) com crianças nascidas AT.

Wille (1991) estudou e comparou a interação mãe-bebê e o padrão de apego de 3 grupos, um grupo de crianças nascidas AT e dois grupos de crianças PT, sendo um destes saudáveis e o outro com crianças que permaneceram por mais de 48 horas em oxigênio ou que tiveram hemorragia intraventricular. Nestas amostras, o status médico perinatal não mediou o padrão de apego aos 12 meses, mas ambos os grupos de crianças PT tiveram maior proporção de apegos inseguros (55,5%), igualmente distribuídos em ambivalente (27,7%) e evitativo (27,7%), do que o grupo de crianças AT, em que o apego seguro predominou na amostra (83,3%).

Brisch et al. (2005) avaliaram crianças nascidas PT com EBPN aos 14 meses. Em sua amostra, estas crianças demonstraram proporção de padrões de apego semelhantes à população com peso adequado ao nascer e IG maior que 37. Ainda, os autores investigaram a existência de associação entre fatores de risco peri e pós-natais (PN, IG, hemorragia intraventricular, hipoglicemia, epilepsia, Apgar, etc), mas não encontraram ($d = 0,06$).

Em contrapartida, na amostra de Udry-Jørgensen et al. (2011), composta por 33 crianças nascidas PT, as crianças com insegurança no apego foram mais prováveis de terem tido maiores problemas perinatais, avaliados pelo Apgar, IG, PN, crescimento da cabeça, eletroencefalograma (EEG), ultrassom e ventilação ($p = 0,01$).

Apesar das diferenças na mostra deste estudo nas variáveis PN, Apgar 1º minuto e tempo de internação, não houve diferença entre os grupos em relação ao padrão de apego. Corroborando com alguns estudos citados anteriormente, estes resultados podem ser explicados pela pesquisa de Van Ijzendoorn, Goldberg, Kroonenberg e Frenkel (1992). Os autores investigaram os efeitos de diversas complicações, além do nascimento pré-termo, sobre o padrão de apego. Para os autores, quando a criança tem algum fator de comprometimento, as mães geralmente são capazes de compensar esta desvantagem potencial na relação.

Além da vulnerabilidade biológica do GE, neste estudo este grupo mostrou também vulnerabilidade social e econômica, pela frequência de pais separados e mães solteiras no GE, comparada com o GC, em que todos os pais estavam casados ou em uniões estáveis, assim como pela classe socioeconômica das

famílias do GE, que se mostraram predominantemente em níveis mais baixos (B2, C1 e C2), enquanto que no GC as famílias tinham maior renda (classes A1, B1 e B2).

Ainda que esta diferença esteja presente, ela parece não ter influenciado significativamente o padrão de apego na presente amostra. A grande maioria dos estudos já publicados abarcaram amostras homogêneas de famílias pertencentes à classe média. Assim, poucos estudos analisaram a associação entre padrão de apego e condição socioeconômica, sendo a existência desta relação afirmada por alguns estudos (Vaughn, Gove & Egeland, 1980; Wille, 1991) e não encontrada em outro mais recente (Udry-Jørgensen et al., 2011).

Os GE e GC também diferiram quanto à frequência a creche e a empregabilidade materna. No primeiro, 23,3% das crianças vão à creche e 60% das mães são donas de casa ou não tem emprego fixo, enquanto que no segundo, 80% das crianças frequentam a creche e que 75% das mães possuem vínculo empregatício.

Apesar do maior número de mães que trabalham e de filhos que frequentam a creche ter sido maior no GC, este grupo teve maior porcentagem de apego seguro. Para alguns autores, o esperado seria encontrar maior número de padrões de apego inseguros. Isto ocorreria porque a frequência à creche e a volta da mãe ao mercado de trabalho implica na separação da criança da mãe, sua figura de apego. Esta separação, além de provocar estresse, poderia diminuir a capacidade da mãe ao cuidado sensível, fator importante para a segurança do apego (Belsky, 2009).

Contudo, as pesquisas têm produzido resultados diferentes quanto ao cuidado não familiar e à empregabilidade materna (Belsky, 2001). A creche pode constituir um fator de risco para o desenvolvimento de um padrão de apego inseguro, mas não é determinante. Período diário de estadia na creche (Barglow, Vaughn, Molitor & 1987; NICHD, 2001), idade da criança quando começa a frequentá-la (Harrison & Ungerer, 2002), qualidade do cuidado ali fornecido (Love et al., 2003) e sensibilidade e responsividade materna (NICHD, 2001; NICHD, 1997) se mostram fatores mais fortes no estabelecimento do padrão de apego.

Assim, apesar de o GC ter sido formado predominantemente por crianças que frequentavam a creche e ter tido maior número de mães que trabalhavam fora, o grupo mostrou maior proporção de apego seguro. O local possuía uma boa estrutura física e de cuidado e, majoritariamente, estas crianças permaneciam somente um

período na creche. Possivelmente este não constituiu um fator de influência no padrão de apego da presente amostra.

Outra variável que pode ter exercido influência sobre o padrão de apego e diferiu entre os grupos é a escolaridade materna. Enquanto que no GE a maioria das mães tem até o ensino médio completo, no GC o ensino superior completo foi predominante entre as mães (80%). A educação materna não parece estar associada diretamente à segurança ou insegurança no apego, mas ela pode influenciar o tipo de interação que a mãe tem com o filho (Haltigan et al., 2012). Em um estudo feito com mais de 1000 crianças americanas (NICHD, 2006) foi observado que mães com maior nível educacional tinham melhor possibilidade de oferecer uma interação mais estimulante.

De fato, as mães do GE apresentaram menores médias em perguntas do Questionário de Estilo Materno relacionadas ao oferecimento de atividades sociais variadas com outras crianças ou familiares, e à disponibilização de novos brinquedos e estimulação dos mesmos por meio da exploração.

A fim de verificar diferenças no estilo materno, o qual tem impacto na maternagem e pode influenciar o desenvolvimento do apego, foi aplicado um instrumento específico para este fim. O instrumento aplicado avaliou os comportamentos maternos relacionados à didática, sociabilidade e disciplina, através da avaliação de atitudes, e do ambiente e experiências oferecidas. Não foi encontrada diferença entre os GE e GC na maioria das questões, com exceção das anteriormente relatadas.

Devido ao impacto que o nascimento PT frequentemente exerce sobre a maternagem e as condutas interativas da mãe (Forcada-Guex et al., 2011), sendo estas caracterizadas como mais intrusivas (Agostini et al., 2014) e controladoras (Miljkovitch et al., 2013), e uma vez que a incidência de estresse, ansiedade e depressão ser maior entre as mães de crianças nascidas PT (Bener, 2013), a expectativa seria que estes resultados fossem diferentes. No entanto, o estresse, a depressão e a ansiedade tendem a diminuir ao longo do primeiro ano de vida do bebê e cessar depois deste período (Muller-Nix et al., 2004), o que pode explicar a ausência de diferença nas condutas maternas nesta amostra, com crianças acima de 12 meses de idade.

Diferença entre os grupos GE e GC também não foi encontrada nos resultados do Questionário Socioemocional da BSID III, tanto na média da

pontuação total, quanto nas médias a cada uma das perguntas individualmente, com exceção de um item relacionado à percepção da criança quanto à movimentação da mãe em seu entorno, enquanto ela está brincando sozinha. Surpreendentemente, a pontuação nesta questão foi mais alta no GE do que no GC.

Problemas comportamentais (Bhutta, Cleves, Casey, Cradock & Anand, 2002; Hutchinson et al., 2013; Månsson, Stjernqvist & Bäckström, 2014), atraso no desenvolvimento socioemocional (Arpi & Ferrari, 2013), pobre regulação emocional (Clark, Woodward, Horwood & Moor, 2008) e desregulação emocional (Jones, Champion & Woodward, 2014; Spittle et al., 2009) têm se mostrado como decorrências do nascimento PT em muitas amostras (Montagna & Nosarti, 2016). Na presente amostra, o atendimento ambulatorial de seguimento do desenvolvimento que a amostra do GE tem, e a maior proporção de padrão de apego seguro podem ter exercido proteção ao desenvolvimento das competências socioemocionais.

O nível de desenvolvimento, nos domínios cognitivo e linguísticos, se mostrou mais baixo no GE, conforme mostra a literatura (Anderson, 2014; Ionio et al., 2016; Månsson & Stjernqvist, 2014). Alguns estudos apontam que o apego está diretamente relacionado ao desenvolvimento da linguagem (Ding, Xu, Wang, Li & Wang, 2014; Lemche, Joraschky & Klann-Delius 2013; Van Ijzendoor, Dijkstra & Bus, 1995) e da cognição (Ding et al., 2014; Feldman, Rosenthal & Eidelman, 2014; Van Ijzendoor et al., 1995). Esta diferença entre os grupos pode ter constituído um viés ao GE e dificultado que ele atingisse uma proporção maior de apego seguro.

As mães de crianças nascidas PT são comumente acometidas por maior estresse, ansiedade e preocupação com o posterior desenvolvimento do filho (González-Serrano et al., 2012; Singer et al., 1999). Esperar-se-ia que esses fatores influenciassem, negativamente, o padrão de apego estabelecido nesta díade.

Uma condição da presente amostra do GE, de crianças nascidas PT, que constitui fator de proteção e pode ter exercido influência no resultado é o fato de a amostra ter sido retirada de ambulatórios de seguimento, que realizam monitoramento e acompanhamento do desenvolvimento infantil. O acompanhamento institucional regular e intervenções realizadas com a criança e com a família, principalmente nos primeiros anos de vida, são fatores de proteção ao desenvolvimento (Maia & Williams, 2005) e têm sido associados à promoção do desenvolvimento global e da qualidade do vínculo mãe-bebê (Brum & Schermann, 2007; Patteson & Barnard, 1990).

Assim, as consultas periódicas com a equipe médica e encaminhamento a outros profissionais, quando necessário, parecem ter exercido influência positiva, uma vez que a criança é, a cada consulta, avaliada e orientações de promoção do desenvolvimento são oferecidas aos pais. No presente estudo, não foi encontrada associação entre padrão de apego e nascimento PT. Contudo, o valor associativo ($p = 0,67$) mostra uma inclinação para tal relação, que poderia ser constatada se o número da amostra fosse maior.

Frente às poucas publicações de pesquisas que investigam as diferenças no padrão de apego entre crianças nascidas PT e AT nos últimos 5 anos e a escassez de pesquisas sobre o tema no Brasil, a presente pesquisa busca contribuir no entendimento do desenvolvimento das crianças PT neste domínio, demonstrando a importância do acompanhamento profissional, não somente dos aspectos cognitivos e motores, mas também do relacionamento mãe-bebê. Ao mesmo tempo, as constantes mudanças tecnológicas nos cuidados de bebês PT demonstram a necessidade de constantes pesquisas a fim de averiguar a continuidade das evidências.

3.4 CONCLUSÕES

A partir dos resultados obtidos pela análise dos dados é possível apontar as seguintes conclusões, considerando a amostra estudada:

1. Padrões inseguros de apego são mais frequentemente encontrados em crianças nascidas PT do que em crianças nascidas AT, apesar de a diferença não ter se mostrado estatisticamente significativa.
2. As crianças nascidas PT mostram maior inclinação ao desenvolvimento de um padrão de apego inseguro, entre os 12 e 25 meses, quando comparadas às crianças nascidas AT, em uma amostra brasileira.
3. O nascimento PT, aliado ao atraso no desenvolvimento cognitivo e na linguagem expressiva, pode aumentar a possibilidade do estabelecimento de um padrão inseguro de apego.

4. Algumas características da maternagem, como dar tempo para a criança brincar e explorar sozinha, oferecer atividades sociais frequentes e disponibilizar brinquedos e objetos diferentes, pode ter influência sobre o padrão de apego em crianças nascidas PT.

3.5 REFERÊNCIAS

- Agostini, F., Neri, E., Dellabartola, S., Biasini, A., & Monti, F. (2014). Early interactive behaviours in preterm infants and their mothers: Influences of maternal depressive symptomatology and neonatal birth weight. *Infant Behavior and Development*, 37(1), 86-93.
- Ainsworth, M. S., & Bowlby, J. (1991). An ethological approach to personality development. *American psychologist*, 46(4), 333.
- Ainsworth, M., D. S., Bleher, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patters of attachment. A psychological study of the Strange Situation*. New York: Psychology Press.
- Anderson, P. J. (2014). Neuropsychological outcomes of children born very preterm. *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine* 19(2), pp. 90-96.
- Arpi, E., & Ferrari, F. (2013). Preterm birth and behaviour problems in infants and preschool-age children: a review of the recent literature. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 55(9), 788-796.
- Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP) (2014). Critério de Classificação Econômica Brasil 2015. Recuperado de <http://www.abep.org/criterio-brasil>
- Barglow, P., Vaughn, B. E., & Molitor, N. (1987). Effects of maternal absence due to employment on the quality of infant-mother attachment in a low-risk sample. *Child development*, 945-954.
- Bayley, N. (2006). *Bayley Scales of Infant and Toddler Development-Third Edition: Administration Manual*. San Antonio: Harcourt Assessment.
- Belsky, J. (2001). Emanuel Miller Lecture: Developmental risks (still) associated with early child care. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42(07), 845-859.
- Belsky, J. (2009). Early day care and infant-mother attachment security. *Encyclopedia on early childhood development*, 1-6.
- Bener, A. (2013). Psychological distress among postpartum mothers of preterm infants and associated factors: a neglected public health problem. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 35(3), 231-236.
- Bhutta, A. T., Cleves, M. A., Casey, P. H., Cradock, M. M., & Anand, K. J. S. (2002). Cognitive and behavioral outcomes of school-aged children who were born preterm: a meta-analysis. *Jama*, 288(6), 728-737.
- Bilgin, A., & Wolke, D. (2015). Maternal sensitivity in parenting preterm children: a meta-analysis. *Pediatrics* 136(1), 177-193.

- Bizzi, F., Cavanna, D., Castellano, R., & Pace, C. S. (2015). Children's mental representations with respect to caregivers and post-traumatic symptomatology in Somatic Symptom Disorders and Disruptive Behavior Disorders. *Frontiers in psychology*, 6, 1125.
- Boldt, L. J., Kochanska, G., Grekin, R., & Brock, R. L. (2016). Attachment in middle childhood: predictors, correlates, and implications for adaptation. *Attachment & human development*, 18(2), 115-140.
- Brasil (2000). Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 693 de 05 de julho de 2.000. Dispõe sobre a norma para a implantação do método canguru, destinado a promover a atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília: DF.
- Brasil (2014). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru: caderno do tutor, 1. ed.. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brisch, K. H., Bechinger, D., Betzler, S., & Heinemann, H. (2003). Early preventive attachment-oriented psychotherapeutic intervention program with parents of a very low birthweight premature infant: Results of attachment and neurological development. *Attachment & Human Development*, 5(2), 120-135.
- Brisch, K. H., Bechinger, D., Betzler, S., Heinemann, H., Kachele, H., Pohlandt, F., Schmucker, G., & Buchheim, A. (2005). Attachment quality in very low-birthweight premature infants in relation to maternal attachment representations and neurological development. *Parenting: Science and Practice*, 5(4), 311-331.
- Brum, E. H. M. D., & Schermann, L. (2007). Intervenção para promover a qualidade do vínculo mãe-bebê em situação de nascimento pré-termo. *Revista brasileira de crescimento e desenvolvimento humano*, 17(2), 12-23.
- Butcher, P. R., Kalverboer, A. F., Mindera, R. B., Van Doormaal, E. F., & Wolde, Y. (1993). Rigidity, sensitivity and quality of attachment: The role of maternal rigidity in the early socio-emotional development of premature infants. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 375/88, 4-38.
- Bystrova, K., Ivanova, V., Edhborg, M., Matthiesen, A. S., Ransjö-Arvidson, A. B., Mukhamedrakhimov, R., Uvnäs-Moberg, K. & Widström, A. M. (2009). Early contact versus separation: effects on mother-infant interaction one year later. *Birth*, 36(2), 97-109.
- Cassidy, J., & Shaver, P. (Eds). (2008). *Handbook of attachment: Theory, Research and clinical applications* (2a ed.). New York: The Guilford Press.
- Clark, C. A., Woodward, L. J., Horwood, L. J., & Moor, S. (2008). Development of emotional and behavioral regulation in children born extremely preterm and very preterm: Biological and social influences. *Child development*, 79(5), 1444-1462.

- Cox, S. M., Hopkins, J., & Hans, S. L. (2000). Attachment in preterm infants and their mothers: Neonatal risk status and maternal representations. *Infant mental health journal*, 21(6), 464-480.
- Cruvinel, F. G., & Pauletti, C. M. (2009). Formas de atendimento humanizado ao recém-nascido pré-termo ou de baixo peso na unidade de terapia intensiva neonatal: uma revisão. *Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento*, 9(1), 102-125.
- Ding, Y. H., Xu, X., Wang, Z. Y., Li, H. R., & Wang, W. P. (2014). The relation of infant attachment to attachment and cognitive and behavioural outcomes in early childhood. *Early human development*, 90(9), 459-464.
- Easterbrooks, M. (1989). Quality of attachment to mother and to father: Effects of perinatal risk status. *Child Development*, 60, 825-830.
- Feldman, R. (2007). Maternal versus child risk and the development of parent-child and family relationships in five high-risk populations. *Development and psychopathology*, 19(02), 293-312.
- Feldman, R., Rosenthal, Z., & Eidelman, A. I. (2014). Maternal-preterm skin-to-skin contact enhances child physiologic organization and cognitive control across the first 10 years of life. *Biological psychiatry*, 75(1), 56-64.
- Forcada-Guex, M., Borghini, A., Pierrehumbert, B., Ansermet, F., & Muller-Nix, C. (2011). Prematurity, maternal posttraumatic stress and consequences on the mother-infant relationship. *Early human development*, 87(1), 21-26.
- Frodi, A., & Thompson, R. (1985). Infants' affective responses in the strange situation: Effects of prematurity and of quality of attachment. *Child development*, 56, 1280-1290.
- Fuertes, M., Santos, P. L. D., Beeghly, M., & Tronick, E. (2006). More than maternal sensitivity shapes attachment. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1094(1), 292-296.
- Goldberg, S., Perrotta, M., Minde, K., & Corter, C. (1986). Maternal behavior and attachment in low birth-weight twins and singletons. *Child Development*, 57, 34-46.
- González-Serrano, F., Lasa, A., Hernanz, M., Tapia, X., Torres, M., Castro, C., & Ibañez, B. (2012). Maternal attachment representations and the development of very low birth weight premature infants at two years of age. *Infant Mental Health Journal*, 33(5), 477-488.
- Haltigan, J. D., Lambert, B. L., Seifer, R., Ekas, N. V., Bauer, C. R., & Messinger, D. S. (2012). Security of attachment and quality of mother-toddler social interaction in a high-risk sample. *Infant Behavior and Development*, 35(1), 83-93.

- Harrison, L. J., & Ungerer, J. A. (2002). Maternal employment and infant-mother attachment security at 12 months postpartum. *Developmental psychology*, 38(5), 758.
- Hutchinson, E. A., De Luca, C. R., Doyle, L. W., Roberts, G., Anderson, P. J., & Victorian Infant Collaborative Study Group. (2013). School-age outcomes of extremely preterm or extremely low birth weight children. *Pediatrics* 131(4), 1053-1061.
- Ionio, C., Riboni, E., Confalonieri, E., Dallatolasina, C., Mascheroni, E., Bonanomi, A., Sora, M. G. N., Falautano, M., Poloniato, A., Barera, G., & Comi, G. (2016). Paths of cognitive and language development in healthy preterm infants. *Infant Behavior and Development*, 44, 199-207.
- Jaekel, J., Pluess, M., Belsky, J., & Wolke, D. (2015). Effects of maternal sensitivity on low birth weight children's academic achievement: a test of differential susceptibility versus diathesis stress. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(6), 693-701.
- Jones, K. M., Champion, P. R., & Woodward, L. J. (2013). Social competence of preschool children born very preterm. *Early human development*, 89(10), 795-802.
- Keilty, B., & Freund, M. (2005). Caregiver-child interaction in infants and toddlers born extremely premature. *Journal of pediatric nursing*, 20(3), 181-189.
- Korja, R., Latva, R., & Lehtonen, L. (2012). The effects of preterm birth on mother-infant interaction and attachment during the infant's first two years. *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica*, 91(2), 164-173.
- Lemche, E., Joraschky, P., & Klann-Delius, G. (2013). Predictors of early person reference development: Maternal language input, attachment and neurodevelopmental markers. *Infant Behavior and Development*, 36(4), 575-582.
- Love, J. M., Harrison, L., Sagi-Schwartz, A., Van IJzendoorn, M. H., Ross, C., Ungerer, J. A., Raikes H., Brady-Smith C., Boller K., Brooks-Gunn J., Constantine J., Kisker E. E., Paulsell D., Chazan-Cohen R. (2003). Child care quality matters: How conclusions may vary with context. *Child development*, 74(4), 1021-1033.
- Madigan, S., Brumariu, L. E., Villani, V., Atkinson, L., & Lyons-Ruth, K. (2015). Representational and questionnaire measures of attachment: A meta-analysis of relations to child internalizing and externalizing problems. *Psychological bulletin*, 142(4):367-399.
- Maia, J. M. D., & Williams, L. C. D. A. (2005). Fatores de risco e fatores de proteção ao desenvolvimento infantil: uma revisão da área. *Temas em psicologia*, 13(2), 91-103.

- Main, M., & Solomon, J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. *Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention*, 1, 121-160.
- Månsson, J., & Stjernqvist, K. (2014). Children born extremely preterm show significant lower cognitive, language and motor function levels compared with children born at term, as measured by the Bayley-III at 2.5 years. *Acta Paediatrica*, 103(5), 504-511.
- Månsson, J., Stjernqvist, K., & Bäckström, M. (2014). Behavioral outcomes at corrected age 2.5 years in children born extremely preterm. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 35(7), 435-442.
- Mehler, K., Wendrich, D., Kissgen, R., Roth, B., Oberthuer, A., Pillekamp, F., & Kribs, A. (2011). Mothers seeing their VLBW infants within 3 h after birth are more likely to establish a secure attachment behavior: evidence of a sensitive period with preterm infants. *Journal of Perinatology*, 31(6), 404-410.
- Miljkovitch, R., Moran, G., Roy, C., Jaunin, L., Forcada-Guex, M., Pierrehumbert, B., Muller-Nix, C., & Borghini, A. (2013). Maternal interactive behaviour as a predictor of preschoolers' attachment representations among full term and premature samples. *Early human development*, 89(5), 349-354.
- Montagna, A., & Nosarti, C. (2016). Socio-Emotional Development Following Very Preterm Birth: Pathways to Psychopathology. *Frontiers in psychology*, 7.
- Muller-Nix, C., Forcada-Guex, M., Pierrehumbert, B., Jaunin, L., Borghini, A., & Ansermet, F. (2004). Prematurity, maternal stress and mother–child interactions. *Early human development*, 79(2), 145-158.
- NICHD Early Child Care Research Network (1997). The effects of infant child care on infant-mother attachment security: Results of the NICHD Study of Early Child Care. *Child Development*, 860-879.
- NICHD Early Child Care Research Network (2001). Child-Care and Family Predictors of Preschool Attachment and Stability from Infancy. *Developmental Psychology*, 37(6), 847-862.
- NICHD Early Child Care Research Network (2006). The Nichd study of early child care and youth development: Findings for children up to age 4 ½ years.
- Patteson, D. M., & Barnard, K. E. (1990). Parenting of low birth weight infants: A review of issues and interventions. *Infant Mental Health Journal*, 11(1), 37-56.
- Pennestri, M. H., Gaudreau, H., Bouvette-Turcot, A. A., Moss, E., Lecompte, V., Atkinson, L., Lydon, J., Steiner, M., Meaney, M. J., & Mavan Research Team. (2015). Attachment disorganization among children in neonatal intensive care unit: Preliminary results. *Early human development*, 91(10), 601-606.

- Plunkett, J. W., Meisels, S. J., Stiefel, G. S., Pasick, P. L., & Roloff, D. W. (1986). Patterns of attachment among preterm infants of varying biological risk. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 25(6), 794-800.
- Poehlmann, J., Burnson, C., & Weymouth, L. A. (2014). Early parenting, represented family relationships, and externalizing behavior problems in children born preterm. *Attachment & human development*, 16(3), 271-291.
- Posada, G., Trumbell, J., Noblega, M., Plata, S., Peña, P., Carbonell, O. A., & Lu, T. (2016). Maternal Sensitivity and Child Secure Base Use in Early Childhood: Studies in Different Cultural Contexts. *Child development*, 87(1), 297-311.
- Riechi, T. I. J. S., & Moura-Ribeiro, M. V. L. (2012). *Desenvolvimento de Crianças Nascidas Pré-Termo*. São Paulo: Revinter.
- Rode, S. S., Chang, P., Nian, P., Fisch, R. O., & Sroufe, L. A. (1981). Attachment patterns of infants separated at birth. *Development Psychology*, 17, 188-191.
- Salari, R., Bohlin, G., Rydell, A. M., & Thorell, L. B. (2016). Neuropsychological functioning and attachment representations in early school age as predictors of ADHD symptoms in late adolescence. *Child Psychiatry & Human Development*, 1-15.
- Schappin, R., Wijnroks, L., Venema, M. M. U., & Jongmans, M. J. (2013). Rethinking stress in parents of preterm infants: a meta-analysis. *PLoS One*, 8(2), e54992.
- Seidl de Moura, M. L., & Ribas Jr., R. C. (2003). Algumas informações sobre o instrumento estilo materno e paterno. *Relatório parcial do projeto: interação mãe-bebê e desenvolvimento infantil: um estudo longitudinal e transcultural*. Material não-publicado, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
- Singer, L. T., Salvator, A., Guo, S., Collin, M., Lilien, L., & Baley, J. (1999). Maternal psychological distress and parenting stress after the birth of a very low-birth-weight infant. *Jama*, 281(9), 799-805.
- Souza, K. M. O., & Ferreira, S. D. (2010). Assistência humanizada em UTI neonatal: os sentidos e as limitações identificadas pelos profissionais de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(2), 471-480.
- Spittle, A. J., Treyvaud, K., Doyle, L. W., Roberts, G., Lee, K. J., Inder, T. E., Cheong, J. L., Hunt, R. W., Newnham, C. A., & Anderson, P. J. (2009). Early emergence of behavior and social-emotional problems in very preterm infants. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 48, 909-918.
- Stupica, B., Sherman, L. J., & Cassidy, J. (2011). Newborn irritability moderates the association between infant attachment security and toddler exploration and sociability. *Child development*, 82(5), 1381-1389.

- Udry-Jørgensen, L., Pierrehumbert, B., Borghini, A., Habersaat, S., Forcada-Guex, M., Ansermet, F., & Muller-Nix, C. (2011). Quality of attachment, perinatal risk, and mother–infant interaction in a high-risk premature sample. *Infant mental health journal*, 32(3), 305-318.
- Van Ijzendoorn, M. V., Dijkstra, J., & Bus, A. (1995). Attachment, intelligence, and language: A meta-analysis. *Social Development*, 4, 115–128.
- Van Ijzendoorn, M. H., Goldberg, S., Kroonenberg, P. M., & Frenkel, O. J. (1992). The relative effects of maternal and child problems on the quality of attachment: a meta-analysis of attachment in clinical samples. *Child development*, 63(4), 840-858.
- Van Ijzendoorn, M. H., Schuengel, C., & Bakermans–Kranenburg, M. J. (1999). Disorganized attachment in early childhood: Meta-analysis of precursors, concomitants, and sequelae. *Development and psychopathology*, 11(02), 225-250.
- Vaughn, B. E., Gove, F. L., & Egeland, B. (1980). The relationship between out-of-home care and the quality of infant-mother attachment in an economically disadvantaged population. *Child Development*, 1203-1214.
- Wijnroks, L. (1999). Maternal recollected anxiety and mother–infant interaction in preterm infants. *Infant Mental Health Journal*, 20(4), 393-409.
- Wille, D. E. (1991). Relation of preterm birth with quality of infant—mother attachment at one year. *Infant Behavior and Development*, 14(2), 227-240.
- Wolff, M. S., & Van Ijzendoorn, M. H. (1997). Sensitivity and attachment: A meta-analysis on parental antecedents of infant attachment. *Child development*, 68(4), 571-591.
- Wolke, D., Eryigit-Madzwamuse, S., & Gutbrod, T. (2013). Very preterm/very low birthweight infants' attachment: infant and maternal characteristics. *Archives of Disease in Childhood-Fetal and Neonatal Edition*, 0, 1-6.

4 ESTUDO II – Relação de apego e desenvolvimento cognitivo

RESUMO

O estabelecimento de uma relação de apego segura é importante, pois fornece à criança segurança para que ela possa explorar o ambiente a sua volta. O presente estudo tem como objetivo investigar se há associação entre padrão de apego e o desenvolvimento da cognição, da linguagem e da motricidade. Participaram do estudo 50 crianças, com idades entre 12 e 25 meses e suas mães. Foram utilizados um questionário de anamnese, a Situação Estranha de Ainsworth, as Escalas Bayley de Desenvolvimento Infantil - Ed. 3 e o questionário Estilo Materno como instrumentos de avaliação. Os resultados apontam para uma associação entre padrão de apego e o desenvolvimento da cognição e entre padrão de apego e desenvolvimento da linguagem. Crianças com padrões inseguros de apego obtiveram menores escores nos testes que avaliam o desenvolvimento dos dois domínios. Associação entre padrão de apego e o desenvolvimento da motricidade não foi observada. Estes resultados apontam para a importância da relação entre mãe e filho como um fator de proteção do desenvolvimento.

Palavras-chave: Vínculo afetivo. Relações mãe-filho. Desenvolvimento infantil. Processos cognitivos.

A constituição de uma relação de apego segura é importante para o desenvolvimento infantil saudável e envolve comportamentos da mãe e da criança. Estes comportamentos definirão o desenvolvimento do padrão de apego da criança, podendo ser seguro, inseguro evitativo, inseguro ambivalente ou desorganizado (Bowlby, 2002).

Segundo Bowlby (2002), na interação entre mãe e filho quatro classes de comportamentos, com diferentes funções, estão presentes. Duas são intrínsecas a mãe, e consistem na manutenção de cuidados maternos e na não manutenção destes cuidados. Por outro lado, as outras duas classes comportamentais são relativas à criança, a saber, os comportamentos de apego e o seu oposto, os comportamentos de exploração e lúdicos.

Fatores como as capacidades perceptivas, cognitivas e motoras da criança podem afetar o desenvolvimento de ações exploratórias (Oudgenoeg-Paz, Bom, Volman & Leseman, 2016). Ainda, a presença da mãe tem um impacto no comportamento exploratório (Kunl, 2016). Uma vez estabelecida uma relação de apego segura, será possível para a criança usar a mãe como uma base segura, a

partir da qual ela poderá se sentir confiante para explorar o ambiente a sua volta e aumentar a qualidade da exploração e da brincadeira (Cassidy & Shaver, 2008).

Níveis de exploração, que podem ir do nulo à exploração contínua, e a inibição deste comportamento, podem ser averiguados claramente durante a Situação Estranha, de acordo com o padrão de apego da criança. As crianças seguras exploram na presença da figura de apego, seus comportamentos exploratórios diminuem ou cessam com a saída da figura, mas elas voltam a explorar em seu retorno. Crianças com padrão evitativo mostram uma indiferença em relação à localização da figura de apego e são mais ativas na exploração, permanecendo a maior parte do tempo em comportamento exploratório. As crianças com padrão de apego resistente dão mais foco à sua figura de apego do que a exploração e a brincadeira e se mostram mais inibidas para explorar do que as crianças dos outros grupos (Bretherton, 2013; Cassidy & Shaver, 2008).

A relação de apego segura desempenha um papel importante na organização do comportamento da criança e promove a exploração mais competente, enquanto que o apego inseguro é um fator de risco para a exploração (Main, 1983; Pallini, Baiocco, Baumgartner, Belluci & Laghi, 2016). Intervenções que favorecem os comportamentos de cuidado e apego da mãe são capazes de melhorar a performance nos comportamentos exploratórios da criança, tornando-os mais sofisticados (Boom, 1994).

A exploração é composta por movimentos feitos intencionalmente para gerar ou para obter informações, a fim de planejar futuras ações (Campos, Savelsbergh & Rocha, 2012). O comportamento exploratório tem função cognitiva, pois possibilita que a criança obtenha informações do ambiente e dos objetos que ali estão, servindo, então, como uma janela para o seu desenvolvimento cognitivo (Jouen & Molina, 2005).

Foi constatada relação entre o nível e duração do comportamento exploratório no primeiro ano de vida e o desempenho cognitivo no segundo, tanto em crianças nascidas pré-termo (PT) como nas nascidas a termo (AT). Níveis menores de manipulação de objetos podem fazer parte da origem ou da manutenção dos déficits cognitivos (Kopp & Vaughn, 1982; Ruff, McCarton, Kurtzberg & Vaughan, 1984).

A competência exploratória sofre, assim, influência do padrão de apego e, ao mesmo tempo, influencia o desenvolvimento cognitivo. O desenvolvimento

cognitivo pode ser afetado, então, pelo tipo de relação de apego formada. O apego seguro proporciona uma melhor possibilidade para o desenvolvimento cognitivo, enquanto que o apego inseguro poderá ocasionar um nível mais baixo (Ding, Xu, Wang, Li & Wang, 2014).

A qualidade da interação entre o cuidador e a criança é essencial para o desenvolvimento infantil e para a aprendizagem, sendo um fator ambiental que pode auxiliar ou prejudicar o desenvolvimento cognitivo, linguístico e psicomotor (Forcada-Guex, Pierrehumbert, Borghini, Moessinger & Muller-Nix, 2006; Ribeiro, Perosa & Padovani, 2014). Isso decorre em razão de que o funcionamento cerebral recebe forte influência das experiências iniciais, as quais podem alterar o número de neurônios no cérebro, selecionando aqueles que irão sobreviver, bem como aumentar ou diminuir a complexidade de suas ramificações axonais e dendríticas e alterar o número de sinapses (Sullivan, 2012).

Estas vivências iniciais adversas podem alterar o sistema baseado na experiência e modelar o funcionamento do cérebro (Sullivan, 2012), uma vez que as experiências são essenciais para a maturação do tecido cerebral. A arquitetura celular do córtex cerebral é esculpida pelas experiências no ambiente social proporcionado pela relação de apego, e mudanças substanciais no cérebro em desenvolvimento são induzidas através desta relação (Gander & Buccheim, 2015; Schore, 2005). Assim, o tipo de relação de apego estabelecida pode influenciar os padrões de estilos cognitivos desenvolvidos e levar a déficits (Ding et al., 2014).

Contudo, para que a criança consiga exibir os comportamentos de apego e estabelecer essa relação, determinados componentes cognitivos precisam estar presentes. Aprender sobre o cuidador é essencial para a formação de um vínculo de apego seguro (Sullivan, Perry, Sloan, Kleinhaus & Burtchen, 2011). É necessário que a criança já tenha desenvolvido algumas funções mentais, como permanência de objeto; memória; e representações mentais da figura de apego, de si própria e do ambiente, a fim de que consiga discriminar sua figura principal de apego das demais figuras do seu cotidiano e saiba que a mesma existe ainda que não esteja em seu campo de visão (Cassidy & Shaver, 2008).

Como é influenciado por fatores biológicos, o nível de maturidade cognitiva no qual a criança se encontra pode exercer influência no padrão de apego que ela irá estabelecer. Juntamente com as experiências individuais e as condições ambientais, o aspecto cognitivo contribuirá para permitir maior leque de

possibilidades quanto ao seu desenvolvimento (Fingergut, 2011). A relação de apego é moldada pela interação entre as predisposições psicofisiológicas da criança e o cuidado maternal, e vem como resultado da interação dinâmica entre fatores de ordem biológica e da aprendizagem (Schore, 2002).

Conclui-se, então, que a influência entre relação de apego e desenvolvimento cognitivo pode ser bilateral. Esta temática tem sido investigada em alguns países, mas no Brasil nenhum estudo a respeito do tema foi encontrado. Assim, este estudo tem como objetivo investigar a associação entre padrão de apego e desempenho cognitivo, em amostras de crianças nascidas PT, bem como em crianças nascidas AT.

4.1 MÉTODO

4.1.1 Desenho do estudo

Este trabalho se caracteriza como um estudo transversal quase experimental.

4.1.2 Local da pesquisa

Centro de Neuropediatria do Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Paraná (CENEP/HC); Centro Educacional Infantil Pipa Encantada do Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Paraná (CEI Pipa Encantada/HC/UFPR); e Centro de Psicologia Aplicada da Universidade Federal do Paraná (CPA/UFPR).

4.1.3 Amostra

A amostra foi formada por conveniência e foi composta por 50 crianças, com idades entre 12 e 25 meses, de ambos os sexos, sem malformações congênitas, síndromes genéticas ou comprometimento sensorial grave. Todas as crianças eram atendidas por uma das três instituições participantes da pesquisa.

No CENEP/HC, as crianças que participaram do estudo realizavam acompanhamento longitudinal do desenvolvimento nos ambulatórios 140 e 370, tendo sido encaminhadas para estes atendimentos pelo HC/UFPR, logo após o

nascimento, ou pelas unidades de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS). No CEI Pipa Encantada/HC/UFPR os participantes do estudo eram alunos regularmente matriculados na instituição, nas turmas iniciais. As crianças avaliadas no CPA/UFPR foram encaminhadas à instituição pela pesquisadora, para participação na pesquisa.

4.1.4 Instrumentos

- **Questionário sociodemográfico:** questionário para traçar o perfil da população de estudo, constituído por itens referentes à estrutura familiar e dados neonatais, e aplicado em um dos pais. A elaboração dos itens referentes às características socioeconômicas seguiu as diretrizes do Critério de Classificação Econômica Brasil 2015 (Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa, 2014).

- **Situação Estranha de Ainsworth** (Ainsworth, Blehar, Waters & Wall, 1978): experiência em que a relação entre a figura de apego e a criança é avaliada. Trata-se de um processo experimental, que sujeita a criança a diferentes situações, por meio das quais os avaliadores analisam o comportamento da criança quando esta se encontra sozinha, na companhia da figura de apego e com uma pessoa estranha. Através do experimento, a criança é classificada em uma das categorias: apego seguro (B), apego inseguro ambivalente (D), apego inseguro evitativo (A) e apego desorganizado (D).

- **Escalas Bayley do Desenvolvimento Infantil III (BSID III)** (Bayley, 2006): Avalia o desenvolvimento infantil, através das subescalas: cognição; linguagem, dividida em linguagem receptiva e linguagem expressiva; motricidade, dividida em motricidade fina e motricidade grossa. Utilizou-se também o Questionário Socioemocional.

- **Escala de Estilo Materno e Paterno** (Seidl de Moura & Ribas Jr., 2003): conjunto de quatro escalas, aplicadas individualmente à mãe, cada uma com 17 itens: maternagem real e ideal e paternagem real e ideal. Cada uma das quatro escalas contém itens de três subescalas: didático, social e disciplina. No presente estudo foi utilizada somente a escala de maternagem real.

4.1.5 Análise dos dados

Os resultados obtidos no estudo foram descritos por médias, medianas, valores mínimos, valores máximos e desvios padrões. Para variáveis qualitativas foram apresentadas frequências e percentuais. Para a comparação de grupos definidos de acordo com a classificação da relação de apego com variáveis quantitativas foi considerado o teste *t de Student* para amostras independentes ou o teste não paramétrico de *Mann-Whitney*, quando apropriado. Em relação a variáveis qualitativas, as comparações foram feitas utilizando o teste exato de *Fisher* ou o teste de Qui-quadrado. A normalidade foi verificada com o teste *Shapiro-Wilk*.

Os dados foram analisados com o programa computacional *Statistical Package for the Social Sciences - IBM SPSS Statistics*, versão 20.0.

4.2 RESULTADOS

4.2.1 Descrição da amostra

Foram contatados 89 pais. Destes, 60 aceitaram participar com seus filhos do estudo, mas somente 51 compareceram à avaliação. Uma avaliação não pode ser concluída, o que resultou na avaliação completa de 50 crianças. Esta casuística representou 56,17% dos sujeitos contatados.

A amostra foi composta por crianças de ambos os sexos ($N = 50$), 19 (38%) eram do sexo feminino e 31 (62%) do sexo masculino. As idades variaram de 12 meses e 16 dias a 24 meses e 5 dias. A média de idade foi igual a 17 meses e 15 dias ($DP = 3,53$). Participaram do estudo tanto crianças nascidas PT quanto AT.

A Tabela 12 apresenta as características de nascimento (idade gestacional, tempo de internação, Apgar 1º minuto e 5º minuto, peso ao nascimento estatura ao nascimento e perímetro cefálico) da amostra geral.

TABELA 12

Características de nascimento da amostra geral

Variável	N	Média	Desvio padrão	Mediana	Mínimo	Máximo
Idade gestacional (semanas)	50	34	4,4	34	25	42
Apgar 1º minuto	49	7,1	2,1	8	1	9
Apgar 5º minuto	49	8,9	1,3	9	4	10
Estatura ao nascimento (cm)	46	42,7	6,2	44	23,5	52
Perímetro cefálico (cm)	38	30,3	4,0	29,8	23,6	39
Peso ao nascimento (g)	50	2166	969	1838	890	4290
Tempo de internação (dias)	50	27	33,8	16	0	120

A idade gestacional (IG) média foi de 34 semanas, mínima de 25 e máxima de 42 semanas. A média de dias de internação total foi de 27 dias, com mínimo de 0 dias e máximo de 120 dias. O peso ao nascimento mínimo foi de 890g, o máximo de 4290g e média igual a 2166 gramas. A média do Apgar no 1º minuto foi de 7,1, a mínima foi 1 e a máxima foi 9; no 5º minuto a média do Apgar foi 8,9, a mínima foi 4 e a máxima foi 10.

Dados referentes à classificação neonatal de peso ao nascimento (PN) (World Health Organization [WHO], 2004) e da relação entre PN e idade gestacional (IG) (Battaglia & Lubchenco, 1967) constam na Tabela 13.

TABELA 13

Classificação neonatal de peso da amostra

Característica		Total f (%)
Classificação neonatal de peso	Extremo baixo peso	6 (12)
	Muito baixo peso	12 (24)
	Baixo peso	14 (28)
	Peso normal	18 (36)
Classificação peso/IG	PIG	9 (18)
	AIG	39 (78)
	GIG	2 (4)

Da amostra, 18 (36%) crianças nasceram com mais de 2500 gramas, peso considerado normal. Maior porcentagem da amostra nasceu abaixo do peso normal: 14 (28%) nasceram com baixo peso, 12 (24%) nasceram com muito baixo peso e 6 (12%) nasceram com extremo baixo peso. No entanto, a classificação por PN de acordo com a IG mostrou que a maioria dos participantes estava na classificação adequada para a idade gestacional (AIG) (78%).

Informações da estrutura familiar (situação parental, idades e escolaridades materna e paterna, ocupações materna e paterna e número de irmãos) e a classe socioeconômica estão inseridas na Tabela 14.

TABELA 14

Características sociodemográficas da amostra

Variáveis sociodemográficas		Total f (%)
Escolaridade materna	Fundamental incompleto	3 (6)
	Fundamental completo/médio incompleto	7 (14)
	Médio Completo	20 (40)
	Superior completo	20 (40)
Escolaridade paterna	Fundamental incompleto	1 (2,1)
	Fundamental completo/médio incompleto	8 (16,7)
	Médio Completo	22 (45,8)
	Superior completo	17 (35,4)
Ocupação da mãe	Lar	18 (36)
	Autônoma	5 (10)
	Empregada	26 (52)
	Desempregada	1 (2)
Ocupação do pai	Autônomo	4 (8,2)
	Empregado	43 (87,8)
	Desempregado	2 (4,1)
Situação parental	Mãe solteira	2 (4)
	Separados	4 (8)
	Casados/união estável	44 (88)
Número de irmãos	0	26 (53,1)
	1	13 (26,3)
	2	8 (16,3)
	< 2	2 (4)
Classe socioeconômica	A	8 (16)
	B1	8 (16)
	B2	14 (28)
	C1	12 (24)
	C2	8 (16)
Creche	Um período	14 (28)
	Integral	9 (18)
	Não frequenta	27 (54)
Idade materna (anos)	Média (DP)	32,4 (6,5)
Idade paterna (anos)	Média (DP)	35 (8,6)

A idade materna média foi de 32 anos e a paterna de 35 anos. A maior parte das mães tinha ensino médio completo (40%) ou superior (40%). A escolaridade paterna apresentou porcentagem semelhante, mas a quantidade de pais com ensino superior (35,4%) foi menor que a encontrada nas mães.

Mais da metade das mães da amostra (52%) estavam empregadas, enquanto que 36% se dedicavam integralmente ao lar. Dos pais, a grande maioria (87,8%) tinha emprego fixo.

No que concerne à situação parental, 88% dos pais eram casados ou estavam em uma união estável, 8% eram separados e 4% eram mães solteiras.

A amostra variou quanto à classe socioeconômica, mas as classes intermediárias B2 e C1 concentraram as maiores porcentagens, 28% e 24%, respectivamente.

Das crianças da amostra, mais da metade (54%) não frequentavam a creche em nenhum período, enquanto que 28% frequentavam em apenas um período do dia e 18% o faziam em horário integral.

4.2.2 Padrão de apego da amostra

Primeiramente, foram consideradas as quatro classificações de padrão de apego, A (inseguro evitativo), B (seguro), C (inseguro ambivalente) e D (desorganizado). A Tabela 15 mostra a distribuição da amostra nestas quatro classificações.

TABELA 15

Distribuição da amostra nos quatro padrões de apego

Padrão de apego	f (%)
Inseguro evitativo (A)	3 (6)
Seguro (B)	41 (82)
Inseguro ambivalente (C)	3 (6)
Desorganizado (D)	3 (6)

O padrão de apego seguro (B) foi a classificação preponderante na amostra, sendo encontrado em 41 (82%) crianças da amostra.

A fim de analisar a amostra em relação à segurança ou insegurança do apego, os padrões de apego inseguros A, C e D foram agrupados. A frequência de segurança e insegurança do apego na amostra pode ser observada na Tabela 16.

TABELA 16

Frequência dos padrões de apego Inseguro e Seguro na amostra

Padrão de apego	f (%)
Inseguro	9 (18)
Seguro	41 (82)

Quando agrupados os padrões de apego conforme as propriedades segurança e insegurança, 9 (18%) crianças foram classificadas no padrão inseguro (padrões A, C e D) e 41 (82%) no padrão de apego seguro (B).

Buscou-se, também, categorizar os padrões de apego nas propriedades organização (padrões A, B e C) e desorganização (padrão D). Os dados constam na Tabela 17.

TABELA 17

Frequência dos padrões de apego, nas dimensões Organizado e Desorganizado, na amostra

Padrão de apego	f (%)
Organizado	47 (94)
Desorganizado	3 (6)

De toda a amostra, 3 (6%) crianças foram classificadas no padrão desorganizado e 47 (94%) no padrão organizado.

Para o presente estudo será considerado, nas análises adiante, os grupos de padrão de apego Inseguro e Seguro.

4.2.3 Características de nascimento e padrão de apego

A Tabela 18 mostra a comparação entre padrão de apego e as características do nascimento (idade gestacional, tempo de internação, Apgar 1º minuto, Apgar 5º minuto, peso ao nascimento e perímetro cefálico).

TABELA 18

Comparação das médias das variáveis de nascimento em relação ao padrão de apego

Variável	Padrão de Apego	N	Média	Mediana	Mínimo	Máximo	Desvio padrão	Valor de p
Idade gestacional	Inseguro	9	32,3	32,9	25,4	39,0	4,0	0,106 ⁽²⁾
	Seguro	41	34,9	35,1	27,0	420	4,3	
Internação (dias)	Inseguro	9	37,9	34	0	120	36,2	0,119 ⁽¹⁾
	Seguro	41	24,4	14	0	114	33,2	
Apgar 1º minuto	Inseguro	9	6,1	7	4	8	1,8	0,039⁽¹⁾
	Seguro	40	7,3	8	1	9	2,1	
Apgar 5º minuto	Inseguro	9	7,9	8	4	9	1,6	0,010⁽¹⁾
	Seguro	40	9,1	9	5	10	1,1	
Peso ao nascimento (g)	Inseguro	9	1741	1410	890	3190	712	0,147 ⁽²⁾
	Seguro	41	2259	1875	915	4290	999	
Perímetro cefálico (cm)	Inseguro	7	29,9	30,0	28,0	33,0	1,8	0,608 ⁽²⁾
	Seguro	31	30,4	29,5	23,6	39,0	4,3	

⁽¹⁾ Teste não-paramétrico de *Mann-Whitney*, $p < 0,05$

⁽²⁾ Teste *t* de *Student* para amostras independentes, $p < 0,05$

Quando analisadas as características de nascimento da amostra e comparando suas médias entre os grupos de padrão de apego seguro e inseguro,

diferença estatisticamente significativa foi encontrada somente para as variáveis Apgar no 1º e no 5º minuto ($p = 0,039$ e $p = 0,010$, respectivamente).

4.2.4 Padrão de apego e variáveis sociodemográficas

As Tabelas 19 e 20 mostram a associação entre as variáveis sociodemográficas com os padrões de apego. As variáveis “escolaridade materna” e “situação parental” foram transformadas em dicotômicas. Quanto à primeira, optou-se pela divisão da amostra em mães que tinham até o ensino médio incompleto e mães com o ensino médio completo ou superior. A segunda foi dividida em famílias em que a mãe é solteira ou os pais são divorciados, com o pai morando em outra residência, e aquelas famílias em que ambos os pais moram juntos, seja pela união estável ou matrimônio.

TABELA 19

Associação entre padrão de apego e fatores sociodemográficos

Variáveis sociodemográficas		Padrão de apego		Valor de $p^{(1)}$
		Seguro f (%)	Inseguro f (%)	
Gênero	Feminino	16 (84,2)	3 (15,8)	1
	Masculino	25 (80,6)	6 (19,4)	
Escolaridade materna	Até médio Incompleto	8 (80)	2 (20)	1
	Médio completo/superior	33 (82,5)	7 (17,5)	
Empregabilidade materna	Sim	23 (88,4)	3 (11,6)	0,281
	Não	18 (75)	6 (25)	
Situação parental	Mãe solteira/divorciados	4 (66,7)	2 (33,3)	0,293
	União estável	37 (84,1)	7 (15,9)	
Irmãos	Sim	18 (78,3)	5 (21,7)	0,716
	Não	22 (84,1)	4 (15,4)	
Creche	Sim	19 (82,6)	4 (17,4)	1
	Não	22 (81,5)	5 (18,5)	

⁽¹⁾ Teste exato de Fisher

TABELA 20

Comparação das médias da idade materna em relação a classificação do padrão de apego

Padrão de apego	Idade materna						Valor de $p^{(1)}$
	N	Média	Mediana	Mínimo	Máximo	Desvio padrão	
Inseguro	9	33,6	34	23	43	8,3	0,574
Seguro	41	32,2	32	13	45	6,1	

⁽¹⁾ Teste exato de Fisher

Não foi encontrada associação entre nenhuma das variáveis sociodemográficas com relação a segurança/insegurança do padrão de apego. Da

mesma forma, a idade materna também não mostrou associação com os diferentes padrões de apego.

4.2.5 Padrão de apego e desenvolvimento socioemocional

A pontuação escalar do Questionário Socioemocional da BSID III dos dois grupos, crianças com padrão de apego inseguro e crianças com padrão de apego seguro, foi comparada, assim como as respostas para cada pergunta individualmente. As médias e as comparações destas constam na Tabela 21.

TABELA 21

Comparação, entre os grupos com padrão de apego seguro e inseguro, das médias das pontuações escalar e bruta obtidas no Questionário Socioemocional

		N	Padrão de apego		Valor de <i>p</i>
			Seguro (média)	Inseguro (média)	
Pontuação Escalar Total		50	7,78	8,83	0,327 ⁽¹⁾
Itens do Questionário Socioemocional	1	50	3,15	3,33	0,602 ⁽²⁾
	2	50	3,44	2,67	0,101 ⁽²⁾
	3	50	3,32	2,78	0,486 ⁽²⁾
	4	50	3,68	2,78	0,145 ⁽²⁾
	5	50	3,90	3,44	0,383 ⁽²⁾
	6	50	4,10	4,11	0,766 ⁽²⁾
	7	50	4,39	3,89	0,411 ⁽²⁾
	8	50	4,22	4,56	0,486 ⁽²⁾
	9	50	4,13	4,44	0,453 ⁽²⁾
	10	50	4,44	4,89	0,261 ⁽²⁾
	11	50	4,88	4,89	0,882 ⁽²⁾
	12	50	4,93	5,00	0,747 ⁽²⁾
	13	50	4,71	4,22	0,131 ⁽²⁾
	14	50	4,80	5,00	0,440 ⁽²⁾
	15	50	4,76	4,67	0,710 ⁽²⁾
	16	50	4,05	4,22	0,193 ⁽²⁾
	17	50	4,02	3,33	0,356 ⁽²⁾
	18	36	3,64	4,00	0,466 ⁽²⁾
	19	36	4,50	4,75	0,808 ⁽²⁾
	20	36	3,86	3,25	0,378 ⁽²⁾
	21	36	3,71	2,50	0,033⁽²⁾
	22	17	3,50	4,00	0,509 ⁽²⁾
	23	16	3,08	2,67	0,611 ⁽²⁾
	24	16	4,23	5,00	0,189 ⁽²⁾

⁽¹⁾ Teste *t* de Student

⁽²⁾ Teste de Mann-Whitney

O único item do questionário que mostrou diferença de resposta entre os grupos foi o item 21 ($p = 0,033$), respondido por 36 das 50 crianças estudadas. O item consiste no enunciado “Usa palavras ou tenta usá-las quando as pessoas falam ou brincam com ele”, tem uma escala de resposta que varia de 1 a 5, teve como

média 2,5 de pontuação no grupo com padrão de apego inseguro e 3,71 de média de reposta no grupo de padrão de apego seguro.

4.2.6 Padrão de apego e estilo materno

A fim de verificar se características do estilo materno influenciaram o padrão de apego nas dimensões segurança e insegurança, foi verificada a diferença, entre os grupos, às respostas a cada pergunta do questionário de Estilo Materno. As médias das respostas e as diferenças entre estas podem ser averiguadas na Tabela 22.

TABELA 22

Comparação, entre os grupos com padrão de apego seguro e inseguro, das médias da pontuação bruta de cada item do questionário Estilo Materno

Item	Padrão de apego		Valor de $p^{(1)}$
	Seguro (média)	Inseguro (média)	
1	3,83	3,56	0,453
2	4,55	4,33	0,339
3	3,53	4,00	0,133
4	4,78	4,78	0,770
5	4,25	4,56	0,379
6	3,10	3,56	0,423
7	4,58	4,11	0,187
8	3,93	4,00	0,849
9	4,45	4,22	0,829
10	4,23	4,22	0,567
11	2,38	1,11	0,003
12	4,40	4,00	0,266
13	3,48	3,44	0,929
14	3,78	3,00	0,011
15	4,83	4,67	0,423
16	4,03	4,33	0,234
17	4,68	4,56	0,732

⁽¹⁾Teste de *Mann-Whitney*

Os itens 11, que tem como enunciado “Eu ofereço para a minha criança atividades regulares e programadas fora de casa, como praticar algum tipo de esporte” e 14, cujo enunciado é “Eu tenho paciência quando minha criança se comporta mal” mostraram diferenças entre as duas amostras ($p = 0,003$ e $p = 0,011$, respectivamente). Particularmente, o item 11 mostrou baixa média de pontuação nos dois grupos, com média de resposta de 2,38 no grupo de mães com filhos com padrão seguro de apego e 1,11 no grupo de mães com filhos inseguramente apegados.

4.2.7 Padrão de apego e desenvolvimento cognitivo

Para verificar a relação entre o desenvolvimento cognitivo e os padrões de apego inseguro e seguro foram utilizadas as pontuações escalares obtidas através das avaliações. Foram analisadas as escalas individualmente, assim como a soma das pontuações nas subescalas de linguagem, formando a pontuação da linguagem total, e a soma das pontuações nas subescalas de motricidade, produzindo a pontuação da motricidade total, conforme a Tabela 23.

TABELA 23

Comparação das médias obtidas nas Escalas Bayley em relação ao padrão de apego

Variável	Padrão de apego	N	Média	Mediana	Mínimo	Máximo	Desvio padrão	Valor de $p^{(1)}$
Cognição	Inseguro	9	8,2	8	5	11	1,9	0,028
	Seguro	41	10,0	10	4	15	2,4	
Linguagem receptiva	Inseguro	9	9,0	8	6	14	2,9	0,081
	Seguro	41	10,7	11	4	15	2,4	
Linguagem expressiva	Inseguro	9	8,4	7	6	12	2,1	0,061
	Seguro	41	10,0	10	5	15	2,2	
Linguagem total	Inseguro	9	17,4	16	13	25	4,5	0,026
	Seguro	41	20,7	21	9	29	4,0	
Motricidade fina	Inseguro	9	10,1	10	8	14	2,2	0,602
	Seguro	41	10,5	11	7	15	2,3	
Motricidade grossa	Inseguro	9	9,3	9	6	13	2,2	0,804
	Seguro	41	9,5	10	1	17	3,0	
Motricidade total	Inseguro	9	19,4	19	14	26	4,3	0,619
	Seguro	41	20,0	20	10	30	4,2	

⁽¹⁾ Teste de *Mann-Whitney*, $p < 0,05$

Associação entre o padrão de apego e domínios do desenvolvimento foi encontrada para a cognição ($p = 0,028$) e para a linguagem, quando considerada no domínio total ($p = 0,026$). Em relação à motricidade, quando considerada em seus subdomínios, assim como no domínio total, não foi encontrada associação com o padrão de apego.

4.3 DISCUSSÃO

Durante os primeiros anos de vida a criança desenvolve dois sistemas que a auxiliam na interação com o ambiente: o sistema de apego e o sistema de exploração. O primeiro consiste na busca de proximidade e proteção do cuidador em

face do desconforto e do perigo, enquanto o segundo está relacionado à exploração do ambiente e seus objetos a fim de conhecê-los. Trata-se de dois sistemas antagônicos, enquanto um é acionado o outro é, ainda que parcialmente, inibido. Ao longo do desenvolvimento a condição mais favorável é que o equilíbrio entre eles esteja presente (Cassidy & Shaver, 2008). Isso demonstra a importância de um padrão de apego seguro, em que a criança tem a mãe como base segura para que possa explorar o ambiente.

O padrão de apego predominante neste estudo foi o seguro, tipo B (82%), semelhante ao que é encontrado na literatura. De acordo com Main (2000), este tipo de apego é preponderante na maioria das amostras, podendo haver uma pequena variação entre diferentes culturas.

Foi analisada, ainda, a proporção entre organização e desorganização do apego na amostra. Os resultados indicam que 94% das crianças possuíam padrões organizados de apego, dado considerado favorável, uma vez que o padrão desorganizado é apontado como o mais prejudicial ao desenvolvimento (Lyons-Ruth, Pechtel, Yoon, Anderson & Teicher, 2016; O'Connor, Bureau, McCartney & Lyons-Ruth, 2011).

Devido à baixa ocorrência de padrão desorganizado, quando comparado à categoria organizado, optou-se por não fazer a análise baseada nesta propriedade. Assim, foi considerado no presente estudo as propriedades segurança e insegurança do apego, em que os padrões inseguros (A, C e D) foram agrupados e contrapostos ao padrão seguro (B).

Com o objetivo de verificar se as variáveis sociodemográficas (escolaridade materna e paterna, ocupação materna e paterna, situação parental, número de irmãos e classe socioeconômica) e de nascimento (IG, tempo de internação, PN, Apgar 1º e 5º minuto, e perímetro cefálico) poderiam estar associadas com o padrão de apego, procedeu-se à análise de todas elas.

A amostra foi composta, predominantemente, por filhos de mães que tinham ensino médio completo (40%) ou superior (40%). A escolaridade paterna se mostrou semelhante, mas com menor porcentagem de pais com ensino superior completo (35,4%). Este é um fator relevante a ser considerado no presente estudo, uma vez que a escolaridade parental tem sido apontada como fator de influência para o desenvolvimento da criança, ainda durante o primeiro ano de vida (Piccolo, Sbicigo, Grassi-Oliveira & Salles, 2016). A baixa escolaridade parental, principalmente a

materna, constitui um fator de risco ao desenvolvimento infantil, enquanto que níveis mais altos de escolaridade são considerados fator de proteção ao desenvolvimento global e específico (Andrade et al., 2005; Koutra et al., 2012; Pereira, Saccani & Valentini, 2016).

Quanto à ocupação profissional, cerca de metade das mães (52%) e a maior parte dos pais (87,8%) tinham emprego fixo. No que diz respeito à estrutura familiar, prevaleceu, entre os pais das crianças da amostra, o casamento ou união estável (88%). Ainda, metade das crianças eram filhos únicos (53,1%).

Simões, Farate, Soares e Duarte (2013) analisaram a relação entre apego e estrutura familiar em crianças em idade escolar. Segundo os autores, o tipo de família, a estrutura familiar e a situação parental não são preditores do padrão de apego daquelas crianças.

No entanto, alguns estudos demonstram diferenças na dinâmica familiar entre famílias com um ou com mais filhos que poderiam interferir no padrão de apego. O investimento parental pode ser diferente de acordo com a ordem de nascimento da criança (Sampaio, 2007; Uggl & Mace, 2016). Com o primeiro filho, as mães investem mais tempo, cerca de 20 a 30 minutos a mais por dia, do que mães com outros filhos mais velhos (Price, 2008). Quando a família possui apenas um filho todo o investimento financeiro, de tempo e atenção, vai para ele. Se há dois filhos, o investimento aplicado a ambos tende a ser o mesmo, mas a idade da criança em que este investimento ocorre pode ser diferente (Hertwig, Davis & Sulloway, 2002). Da mesma forma, Kennedy, Betts e Underwood (2014) observaram diferenças, de acordo com a ordem de nascimento, quanto à interação e à sensibilidade materna perante filhos de idades diferentes em um mesmo momento. Contudo, estes fatores não interferiram no padrão de apego.

Na presente pesquisa, associação entre fatores sociodemográficos e os padrões de apego foram investigadas, mas não foi encontrada significância associativa.

Do mesmo modo, as características de nascimento também foram averiguadas. A análise mostrou um valor significativo de associação entre o Apgar no 1º e no 5º minuto com o padrão de apego ($p = 0,039$ e $p = 0,010$, respectivamente), em que ambos os valores de Apgar se mostraram mais baixos nas crianças inseguramente apegadas.

Pennestri et al. (2015) investigaram a relação de apego de crianças que, apesar de terem nascido a termo, ficaram hospitalizadas em UTI Neo e averiguaram que os valores baixos de Apgar no 1º e no 5º minuto, nesta amostra, estavam associados ao padrão de apego desorganizado. Ainsworth et al. (1978) relatam que o padrão de apego inseguro pode estar relacionado a baixos valores de Apgar citando o trabalho de Connell (1976), que averiguou uma forte tendência para crianças com baixo Apgar desenvolverem o padrão de apego ambivalente. No presente estudo, os padrões inseguros de apego foram agrupados em apenas uma categoria, o que impossibilitou a análise independente de cada padrão, o que auxiliaria a determinar se um dos tipos de insegurança poderia, especificamente, estar relacionado ao valor de Apgar.

Ainda, buscou-se averiguar a diferença entre os grupos em relação ao estilo materno, uma vez que, para Bowlby (2002), a conduta materna desempenha um papel essencial na determinação do tipo de padrão de apego da criança, principalmente no que diz respeito à sensibilidade e responsividade. Foi aplicado, nas mães, um instrumento com questões pertinentes a conduta materna em aspectos didáticos, sociais e disciplinares da educação. Das 17 perguntas propostas, que dizem respeito à frequência de determinados comportamentos maternos, apenas dois itens mostraram associação com a segurança/insegurança no padrão de apego.

Um dos itens consiste no enunciado “Eu ofereço para a minha criança atividades regulares e programadas fora de casa, como praticar algum tipo de esporte”. Ambos os grupos tiveram média baixa de frequência de comportamento nesta questão, evidenciando que, além da ida a creche, eram oferecidas, para as crianças da presente amostra, poucas atividades fora de casa que fossem programadas. O grupo de mães de crianças com padrão de apego inseguro demonstrava oferecer menos atividades programadas que promovam a socialização.

O item com o enunciado “Eu tenho paciência quando minha criança se comporta mal” mostrou média de frequência menor no grupo de mães de crianças com padrões inseguros de apego, indicando uma maior tolerância em mães de crianças seguras. O humor positivo e o provimento de um ambiente agradável em casa estão relacionados ao desenvolvimento do apego seguro (Moss, Cyr & Dubois-Comtois, 2004). Por outro lado, os filhos de mães ansiosas, que tendem a ser mais intrusivas e críticas, e de mães estressadas, tem maior probabilidade de desenvolver

um apego inseguro (González-Serrano et al., 2012; Stevenson-Hinde, Chicot, Shouldice & Hinde, 2013).

O presente estudo buscou, como principal objetivo, averiguar se há associação entre o padrão de apego da criança e o seu desenvolvimento nos domínios cognitivo, na linguagem e na motricidade. Foi encontrada associação entre o padrão de apego e o desempenho cognitivo ($p = 0,028$) e na linguagem ($p = 0,026$).

Corroborando os achados aqui encontrados na associação entre padrão de apego e desempenho na avaliação da linguagem, Van Ijzendoor, Dijkstra e Bus (1995), em uma meta-análise, averiguaram forte associação entre o padrão de apego e a linguagem, com as crianças com padrão de apego seguro sendo mais competentes neste domínio do que as com padrões inseguros. Os autores relatam duas hipóteses que podem explicar essas diferenças. As crianças seguras se mostram mais dispostas a interagir e se comunicar e, conseqüentemente, exercitam e aprendem mais a comunicação verbal; ao mesmo tempo, os pais de crianças inseguramente apegadas, como tendem a ser menos responsivos, as estimulam menos.

Ainda, a sensibilidade materna, uma das características maternas essenciais para o estabelecimento de um padrão de apego seguro, durante o período pré-linguístico do desenvolvimento, está associada à comunicação intencional da criança entre os 17 e 36 meses de idade (Yoder & Warren, 1998).

Outro aspecto da linguagem que está relacionado ao padrão de apego é a linguagem simbólica. De acordo com Lemche, Joraschky e Klann-Delius, (2013), o desenvolvimento, na linguagem, das referências de si, do cuidador e de objetos é dependente do padrão de apego.

De acordo com Main (1983), crianças com padrão de apego seguro usam mais palavras e morfemas durante a brincadeira. De fato, este dado foi averiguado na presente amostra. Um dos itens do Questionário Socioemocional da BSID III tinha como enunciado “Usa palavras ou tenta usá-las quando as pessoas falam ou brincam com ele”. A média de frequência deste comportamento foi maior nas crianças com padrão de apego seguro quando comparadas às crianças com padrões inseguros de apego ($p = 0,033$).

Em relação ao desenvolvimento cognitivo, Van Ijzendoor et al. (1995), em uma meta-análise, expõe que, apesar de a associação entre cognição e padrão de

apego não ter ser averiguada em todas as amostras, os âmbitos parecem estar associados, mesmo que em baixa intensidade. Especialmente, os autores relatam que em amostras com maior número de crianças com o padrão inseguro ambivalente foi encontrada menor performance neste domínio.

Em estudo feito por Ding et al. (2014), crianças com apego seguro e inseguro diferiram significativamente em seu desempenho na avaliação do desenvolvimento cognitivo e de linguagem. Os pesquisadores também compararam o grupo de apego evitativo com o de apego seguro e este último com o grupo de apego ambivalente. Na primeira comparação a diferença no desempenho cognitivo e de linguagem de ambos os grupos foi pequena, mas na segunda comparação a diferença de desempenho foi relevante, demonstrando que o apego inseguro ambivalente constitui um fator de risco maior para o desenvolvimento.

Outro estudo mostra que um padrão de apego seguro aos 15 meses de idade, no contexto de manutenção ou aumento da sensibilidade materna, está associado a vantagem no desenvolvimento cognitivo em idade posterior, quando comparado a crianças com padrões inseguros de apego (Belsky & Fearon, 2002).

Estes estudos abarcam, predominantemente, amostras homogêneas de crianças nascidas AT. Na última década, no entanto, foram realizadas algumas pesquisas investigando a associação entre padrão de apego e cognição em amostras de crianças PT, com ou sem grupo controle de crianças AT.

Sajaniemi et al. (2001) avaliaram o padrão de apego de crianças PT com EBPN aos 4 anos e averiguaram sua correlação com o desenvolvimento cognitivo aos 2 e aos 4 anos de idade. Na primeira avaliação não foi encontrada associação entre padrão de apego e desenvolvimento cognitivo; porém, aos 4 anos, as crianças com padrões de apego típicos, ainda que inseguros, tiveram melhor desempenho que as crianças com padrões atípicos ($p = 0,01$).

Em outro estudo com população de risco, realizado por Feldman, Rosenthal e Eidelman (2014), com uma amostra de bebês nascidos PT, comportamentos maternos de apego (olhar e vocalizar para a criança, afeto positivo e toque afetivo) aos 3 e 6 meses foram correlacionados com o desenvolvimento cognitivo até os 24 meses; porém se trata de uma correlação de baixa intensidade ($r = 0,22$).

Ainda, considerando amostras com dois grupos de estudo, Keilty e Freund (2005) investigaram os escores de interação entre cuidador e criança e o desenvolvimento cognitivo desta no primeiro, segundo e terceiro anos de vida, tanto

de crianças nascidas PT quanto AT. Porém, não foi encontrada correlação em nenhum dos dois grupos.

O estudo de Hallin, Bengtsson, Frostell e Stjernqvist (2012) investigou o padrão de apego e o desempenho cognitivo na adolescência com sujeito nascidos PT e AT. Correlação entre os domínios não foi encontrada na amostra AT. No entanto, na amostra composta por adolescentes nascidos PT as medidas de inteligência foram positivamente correlacionadas com a segurança do apego.

A segurança do apego, proporcionada por uma relação confiável e responsiva, possibilita para a criança explorar um ambiente novo sabendo que a figura de apego a socorrerá se necessário (Ainsworth & Bowlby, 1991). A exploração do ambiente, que inclui a exploração de brinquedos e objetos, tem demonstrado exercer papel importante em diversos domínios do desenvolvimento (Fagan & Iverson, 2007; Lobo & Galloway, 2008; Soska, Adolph & Johnson, 2010).

No que se refere à cognição, a exploração é um meio de gerar informação, sendo reconhecida como propulsor do desenvolvimento cognitivo. A exploração dos objetos, pela criança pequena, e seus esforços de explorar e agir sobre o mundo constituem as raízes das competências cognitivas que irão se desenvolver em uma idade posterior (Bourgeois, Khawar, Neal & Lockman, 2005; Oudgenoeg-Paz, Leseman & Volman, 2014).

Outras características comportamentais, que estão relacionadas ao desenvolvimento cognitivo, mais frequentes nas crianças com padrão seguro de apego em comparação às com padrões inseguros, são que elas brincam e interagem mais, e dispõem atenção por mais tempo aos brinquedos e aos objetos em lugares desconhecidos (Main, 1983). Não obstante, durante atividades e brincadeiras as crianças seguramente apegadas são mais cooperativas com a mãe (Matas, Arend & Sroufe, 1978) e com outras pessoas, característica que possibilita que elas aprendam com os adultos mais facilmente do que as crianças que não demonstram cooperação (Main, 1983).

Estes dados apontam para a compreensão de que o padrão de apego seguro proporciona uma melhor perspectiva para o desenvolvimento cognitivo durante a infância. Porém, há uma proposta alternativa, antagônica a esta, que consiste no pressuposto de que o adequado desenvolvimento cognitivo subsidia a formação do apego seguro.

Bowlby (2002) expõe processos essenciais para a seleção da figura de apego e o desenvolvimento da relação, que incluem a tendência para olhar, ouvir e se orientar para determinados estímulos; competência atencional em direção aos seus cuidadores; e a capacidade de perceber e aprender as características destes e os distinguir de outras pessoas. Para o autor, é necessário que a criança tenha adquirido a consciência da figura de apego para que seja possível estabelecer o vínculo, assim como o comportamento de orientação, a fim de buscar sua companhia. Para que a fase de apego possa ser estabelecida é necessário que a criança já tenha adquirido a noção de permanência de objeto e ter desenvolvido representações internas da figura, de si mesma e do ambiente, formando mapas cognitivos que a auxiliarão a organizar o comportamento de acordo com planos (Ainsworth et al., 1978; Gesell, 1999).

Para os autores que defendem a influência da cognição na relação de apego, o nível de maturidade cognitiva no qual a criança se encontra exercerá influência no padrão de apego que ela irá estabelecer. Juntamente com as experiências individuais e condições ambientais, o aspecto cognitivo contribuirá para permitir maior leque de possibilidades quanto ao seu desenvolvimento (Fingergut, 2011).

Apesar da baixa amplitude da amostra, o presente estudo demonstrou forte associação entre padrão de apego e o desenvolvimento da cognição e da linguagem da criança. Um fator importante neste estudo é a composição da amostra, formada tanto por crianças nascidas PT, como AT. Este dado é de extrema relevância pela precocidade em que esta associação foi observada e porque demonstra a estreita relação entre os diversos domínios do desenvolvimento. Ainda, o estudo enfatiza a importância que as relações e as experiências iniciais da criança têm no seu desenvolvimento.

4.4 CONCLUSÕES

A partir dos resultados obtidos pela análise dos dados é possível apontar as seguintes conclusões, considerando a amostra estudada:

1. Há diferenças nos níveis de desenvolvimento da cognição e da linguagem entre crianças com padrão seguro de apego e crianças com padrões inseguros de apego.

2. Há associação entre padrão de apego e o desenvolvimento cognitivo. Crianças com padrões inseguros de apego apresentam menores escores na avaliação do desenvolvimento cognitivo, em comparação com as crianças com padrão de apego seguro.

3. Há associação entre padrão de apego e o desenvolvimento da linguagem. Crianças com padrões inseguros de apego apresentam menores escores na avaliação do desenvolvimento da linguagem, quando comparadas com aquelas com padrão de apego seguro.

4. Não há associação entre padrão de apego e desenvolvimento motor. Crianças com padrão de apego seguro e crianças com padrões de apego inseguro não diferem quanto ao desempenho na avaliação do desenvolvimento da motricidade.

5. Algumas características da maternagem, como promover atividades programadas fora de casa e ter paciência quando a criança se comporta mal estão associadas ao desenvolvimento do padrão de apego seguro.

4.5 REFERÊNCIAS

- Ainsworth, M., D. S., Bleher, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patters of attachment. A psychological study of the Strange Situation*. New York: Psychology Press.
- Ainsworth, M. S., & Bowlby, J. (1991). An ethological approach to personality development. *American psychologist*, 46(4), 333.
- Andrade, S. A., Santos, D. N., Bastos, A. C., Pedromônico, M. R. M., Almeida-Filho, N. D., & Barreto, M. L. (2005). Ambiente familiar e desenvolvimento cognitivo infantil: uma abordagem epidemiológica. *Revista de saúde Pública*, 39(4), 606-611.
- Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP) (2014). Critério de Classificação Econômica Brasil 2015. Recuperado de <http://www.abep.org/criterio-brasil>
- Battaglia, F. C., & Lubchenco, L. O. (1967). A practical classification of newborn infants by weight and gestational age. *The Journal of pediatrics*, 71(2), 159-163.
- Bayley, N. (2006). *Bayley Scales of Infant and Toddler Development-Third Edition: Administration Manual*. San Antonio: Harcourt Assessment.
- Belsky, J., & Fearon, R. P. (2002). Early attachment security, subsequent maternal sensitivity, and later child development: does continuity in development depend upon continuity of caregiving?. *Attachment & Human Development*, 4(3), 361-387.
- Boom, D. C. (1994). The influence of temperament and mothering on attachment and exploration: An experimental manipulation of sensitive responsiveness among lower-class mothers with irritable infants. *Child development*, 65(5), 1457-1477.
- Bourgeois, K. S., Khawar, A. W., Neal, S. A., & Lockman, J. J. (2005). Infant manual exploration of objects, surfaces, and their interrelations. *Infancy*, 8(3), 233-252.
- Bowlby, J.. (2002). *Apego e perda: Apego: a natureza do vínculo* (3a ed., Vol. 1). São Paulo: Martins Fontes.
- Bretherton, I. (2013). Revisiting Mary Ainsworth's conceptualization and assessments of maternal sensitivity-insensitivity. *Attachment & human development*, 15(5-6), 460-484.
- Campos, A. C., Savelsbergh, G. J., & Rocha, N. A. C. F. (2012). What do we know about the atypical development of exploratory actions during infancy?. *Research in developmental disabilities*, 33(6), 2228-2235.
- Cassidy, J., & Shaver, P. (Eds). (2008). *Handbook of attachment: Theory, Research and clinical applications* (2a ed.). New York: The Guilford Press.

- Connell, D. B. (1976). Individual differences in attachment behavior. *Unpublished doctoral dissertation, Syracuse University*.
- Ding, Y. H., Xu, X., Wang, Z. Y., Li, H. R., & Wang, W. P. (2014). The relation of infant attachment to attachment and cognitive and behavioural outcomes in early childhood. *Early human development*, 90(9), 459-464.
- Fagan, M. K., & Iverson, J. M. (2007). The influence of mouthing on infant vocalization. *Infancy*, 11(2), 191-202.
- Feldman, R., Rosenthal, Z., & Eidelman, A. I. (2014). Maternal-preterm skin-to-skin contact enhances child physiologic organization and cognitive control across the first 10 years of life. *Biological psychiatry*, 75(1), 56-64.
- Fingergut, D. M. (2011). *Apego e resiliência: construindo e re-significando vínculos*. Monografia de pós-graduação, Instituto Superior de Ciências da Saúde (INCISA), Salvador, Brasil.
- Forcada-Guex, M., Pierrehumbert, B., Borghini, A., Moessinger, A., & Muller-Nix, C. (2006). Early dyadic patterns of mother–infant interactions and outcomes of prematurity at 18 months. *Pediatrics*, 118(1), e107-e114.
- Gander, M., & Buchheim, A. (2015). Attachment classification, psychophysiology and frontal EEG asymmetry across the lifespan: a review. *Frontiers in human neuroscience*, 9, 79.
- Gesell, Arnold. (1999). *A criança do 0 aos 5 anos* (5 ed). São Paulo: Martins Fontes.
- González-Serrano, F., Castro, C., Lasa, A., Hernanz, M., Tapia, X., Torres, M., & Ibañez, B. (2012, June). [Attachment representations and stress in mothers of very low birth weight preterm infants at two years of age]. In *Anales de pediatria (Barcelona, Spain: 2003)* (Vol. 76, No. 6, pp. 329-335).
- Hallin, A. L., Bengtsson, H., Frostell, A. S., & Stjernqvist, K. (2012). The effect of extremely preterm birth on attachment organization in late adolescence. *Child: care, health and development*, 38(2), 196-203.
- Hertwig, R., Davis, J. N., & Sulloway, F. J. (2002). Parental investment: how an equity motive can produce inequality. *Psychological bulletin*, 128(5), 728.
- Jouen, F., & Molina, M. (2005). Exploration of the newborn's manual activity: A window onto early cognitive processes. *Infant Behavior and Development*, 28(3), 227-239.
- Keilty, B., & Freund, M. (2005). Caregiver–child interaction in infants and toddlers born extremely premature. *Journal of pediatric nursing*, 20(3), 181-189.

- Kennedy, M., Betts, L. R., & Underwood, J. D. (2014). Moving beyond the mother–child dyad: Exploring the link between maternal sensitivity and siblings' attachment styles. *The Journal of genetic psychology*, 175(4), 287-300.
- Kopp, C. B., & Vaughn, B. E. (1982). Sustained attention during exploratory manipulation as a predictor of cognitive competence in preterm infants. *Child Development*, 174-182.
- Koutra, K., Chatzi, L., Roumeliotaki, T., Vassilaki, M., Giannakopoulou, E., Batsos, C., Koutis, A., & Kogevinas, M. (2012). Socio-demographic determinants of infant neurodevelopment at 18 months of age: Mother–Child Cohort (Rhea Study) in Crete, Greece. *Infant Behavior and Development*, 35(1), 48-59.
- Lemche, E., Joraschky, P., & Klann-Delius, G. (2013). Predictors of early person reference development: Maternal language input, attachment and neurodevelopmental markers. *Infant Behavior and Development*, 36(4), 575-582.
- Lobo, M. A., & Galloway, J. C. (2008). Postural and Object-Oriented Experiences Advance Early Reaching, Object Exploration, and Means–End Behavior. *Child development*, 79(6), 1869-1890.
- Lyons-Ruth, K., Pechtel, P., Yoon, S. A., Anderson, C. M., & Teicher, M. H. (2016). Disorganized attachment in infancy predicts greater amygdala volume in adulthood. *Behavioural brain research*, 308, 83-93.
- Main, M. (1983). Exploration, play, and cognitive functioning related to infant-mother attachment. *Infant Behavior and Development*, 6(2-3), 167-174.
- Main, M. (2000). The organized categories of infant, child, and adult attachment: Flexible vs. inflexible attention under attachment-related stress. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 48(4), 1055-1096.
- Matas, L., Arend, R. A., & Sroufe, L. A. (1978). Continuity of adaptation in the second year: The relationship between quality of attachment and later competence. *Child development*, 547-556.
- Moss, E., Cyr, C., & Dubois-Comtois, K. (2004). Attachment at early school age and developmental risk: examining family contexts and behavior problems of controlling-caregiving, controlling-punitive, and behaviorally disorganized children. *Developmental psychology*, 40(4), 519.
- O'Connor, E., Bureau, J. F., McCartney, K., & Lyons-Ruth, K. (2011). Risks and outcomes associated with disorganized/controlling patterns of attachment at age three years in the National Institute of Child Health & Human Development Study of Early Child Care and Youth Development. *Infant Mental Health Journal*, 32(4), 450-472.

- Oudgenoeg-Paz, O., Boom, J., Volman, M. C. J., & Leseman, P. P. (2016). Development of exploration of spatial-relational object properties in the second and third years of life. *Journal of experimental child psychology*, 146, 137-155.
- Oudgenoeg-Paz, O., Leseman, P. P., & Volman, M. C. J. (2014). Can infant self-locomotion and spatial exploration predict spatial memory at school age?. *European Journal of Developmental Psychology*, 11(1), 36-48.
- Pallini, S., Baiocco, R., Baumgartner, E., Bellucci, M. T., & Laghi, F. (2016). Attachment in Childcare Centers: Is it Related to Toddlers' Emotion Regulation and Attentive Behavior?. *Child Indicators Research*, 1-16.
- Pennestri, M. H., Gaudreau, H., Bouvette-Turcot, A. A., Moss, E., Lecompte, V., Atkinson, L., Lydon, J., Steiner, M., & Meaney, M. J. (2015). Attachment disorganization among children in neonatal intensive care unit: Preliminary results. *Early human development*, 91(10), 601-606.
- Pereira, K. R., Valentini, N. C., & Saccani, R. (2016). Brazilian infant motor and cognitive development: Longitudinal influence of risk factors. *Pediatrics International*.
- Piccolo, L. R., Sbicigo, J. B., Grassi-Oliveira, R., & Salles, J. F. (2016) Efeitos do nível socioeconômico no desempenho neuropsicomotor de crianças e adolescentes. Em *Neuropsicologia do Desenvolvimento: infância e adolescência*. (J. F. Salles, V. G. Haase & L. F. Malloy-Diniz). Porto Alegre: Artmed.
- Price, J. (2008). Parent-Child Quality Time Does Birth Order Matter?. *Journal of Human Resources*, 43(1), 240-265.
- Ribeiro, D. G., Perosa, G. B., & Padovani, F. H. P. (2014). Mental health, mother-child interaction and development at the end of the first year of life. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 24(59), 331-339.
- Ruff, H. A., McCarton, C., Kurtzberg, D., & Vaughan Jr, H. G. (1984). Preterm infants' manipulative exploration of objects. *Child development*, 1166-1173.
- Sajaniemi, N., Mäkelä, J., Salokorpi, T., Von Wendt, L., Hämäläinen, T., & Hakamies-Blomqvist, L. (2001). Cognitive performance and attachment patterns at four years of age in extremely low birth weight infants after early intervention. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 10(2), 122-129.
- Sampaio, I. T. (2007). Práticas educativas parentais, gênero e ordem de nascimento dos filhos: atualização. *Revista brasileira de crescimento e desenvolvimento humano*, 17(2), 144-152.
- Schore, A. N. (2002). Dysregulation of the right brain: a fundamental mechanism of traumatic attachment and the psychopathogenesis of posttraumatic stress disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 36(1), 9-30.

- Schore, A. N. (2005). Back to basics attachment, affect regulation, and the developing right brain: linking developmental neuroscience to pediatrics. *Pediatrics in Review*, 26(6), 204-217.
- Seidl de Moura, M. L., & Ribas Jr., R. C. (2003). Algumas informações sobre o instrumento estilo materno e paterno. *Relatório parcial do projeto: interação mãe-bebê e desenvolvimento infantil: um estudo longitudinal e transcultural*. Material não-publicado, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
- Simões, S. C. C., Farate, C., Soares, I., & Duarte, J. (2013). Predição do apego de crianças em função do estilo educativo materno e do tipo de família. *Psicologia: Reflexão & Crítica*, 26(1), 168-177.
- Soska, K. C., Adolph, K. E., & Johnson, S. P. (2010). Systems in development: motor skill acquisition facilitates three-dimensional object completion. *Developmental psychology*, 46(1), 129.
- Stevenson-Hinde, J., Chicot, R., Shouldice, A., & Hinde, C. A. (2013). Maternal anxiety, maternal sensitivity, and attachment. *Attachment & human development*, 15(5-6), 618-636.
- Sullivan, R. M. (2012). The neurobiology of attachment to nurturing and abusive caregivers. *The Hastings law journal*, 63(6), 1553.
- Sullivan, R., Perry, R., Sloan, A., Kleinhaus, K., & Burtchen, N. (2011). Infant bonding and attachment to the caregiver: insights from basic and clinical science. *Clinics in perinatology*, 38(4), 643-655.
- Ugla, C., & Mace, R. (2016). Parental investment in child health in sub-Saharan Africa: a cross-national study of health-seeking behaviour. *Open Science*, 3(2), 150460.
- Van Ijzendoorn, M. V., Dijkstra, J., & Bus, A. (1995). Attachment, intelligence, and language: A meta-analysis. *Social Development*, 4, 115–128.
- World Health Organization (WHO); & United Nations Children's Fund (UNICEF). (2004) Low birthweight: country, regional and global estimates. New York: UNICEF.
- Yoder, P. J., & Warren, S. F. (1998). Maternal responsivity predicts the prelinguistic communication intervention that facilitates generalized intentional communication. *Journal of Speech Language, and Hearing Research*: 41(10), 1207–1219.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa forneceu informações importantes acerca das diferenças entre o padrão de apego de crianças nascidas PT e crianças nascidas AT, assim como da relação entre padrão de apego e desenvolvimento cognitivo, em uma amostra de crianças brasileiras.

O Estudo I buscou verificar se o nascimento PT afeta a segurança do vínculo de apego e se há diferença entre o padrão de apego de crianças nascidas PT e AT. Foi verificado que, apesar de a diferença no vínculo de apego não ter sido constatada, a frequência dos padrões de apego inseguro evitativo, inseguro ambivalente e, sobretudo o padrão desorganizado, foi maior no grupo de crianças nascidas PT, demonstrando que este último grupo apresenta uma tendência à insegurança do apego.

Este resultado amplia o conhecimento em relação às decorrências do nascimento PT, agregando ao entendimento de maior propensão a atrasos no desenvolvimento cognitivo, motor e na linguagem nesta população, também maior tendência ao desenvolvimento de relações inseguras de apego. Estes dados elucidam, ainda, a importância do acompanhamento ambulatorial de seguimento do desenvolvimento que abarque, além da dimensão intelectual e motora, avaliações e orientações a respeito da maternagem e da relação mãe-bebê.

No Estudo II, procurou-se investigar a relação entre padrão de apego e desenvolvimento cognitivo, linguístico e motor. Os resultados apontam para uma associação entre o padrão de apego e o desenvolvimento da cognição e da linguagem, com menor desempenho em testes que abarcam estes domínios em crianças com padrões inseguros de apego. De fato, a literatura converge com este resultado. Contudo, apesar de associações terem sido encontradas por outros autores, não há concordância quanto a qual domínio antecede o outro, sendo importante a realização de pesquisas que busquem pormenorizar esta relação.

Embora a amostra estudada tenha sido pequena e os resultados se limitem a esta população, estes estudos trazem, para os profissionais da saúde e da educação, informações relevantes para questionamentos e discussões. Neste sentido, estas informações podem e devem ser usadas por profissionais que trabalham com desenvolvimento infantil.

Entre os principais limites da pesquisa estão a baixa amplitude da amostra e as diferenças nas variáveis sociodemográficas entre os grupos GE e GC. Ainda que a amostra tenha sido formada por conveniência, esperava-se que, pelas instituições escolhidas, a variação de características como o nível socioeconômico e educação parental não fosse tão ampla. Ainda, em decorrência do pequeno número de participantes da pesquisa não foi possível realizar testes estatísticos de análise multivariada, que permitiriam o controle destas variáveis sobre os resultados.

A restrição de 13 meses dentro da faixa etária mínima e máxima em que era possível a aplicação do instrumento da Situação Estranha também limitou a inclusão de participantes, impossibilitando a delimitação de um grupo de classificação por IG no grupo PT, o que poderia ter enriquecido a análise.

6 REFERÊNCIAS

- Ainsworth, M. S., & Bowlby, J. (1991). An ethological approach to personality development. *American psychologist*, 46(4), 333.
- Ainsworth, M., D. S., Bleher, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patters of attachment. A psychological study of the Strange Situation*. New York: Psychology Press.
- Alorda, M. D. C. A. (2006). *Características del vínculo (attachment): Estudio comparativo de niños prematuros y niños nacidos a término*. Tese de Doutorado, Facultad de Psicología, Universidad Autonoma de Barcelona.
- Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP) (2014). Critério de Classificação Econômica Brasil 2015. Recuperado de <http://www.abep.org/criterio-brasil>
- Bakermans-Kranenburg, M. J., & Van Ijzendoorn, M. H. (1993). A psychometric study of the Adult Attachment Interview: Reliability and discriminant validity. *Developmental psychology*, 29(5), 870.
- Barstad, M. G.; Sollero-de-Campos, F. (2013). Do berço ao túmulo: A teoria do apego e os estudos de apego em adultos. Dissertação de mestrado não publicada, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.
- Battaglia, F. C., & Lubchenco, L. O. (1967). A practical classification of newborn infants by weight and gestational age. *The Journal of pediatrics*, 71(2), 159-163.
- Bayley, N. (2006). *Bayley Scales of Infant and Toddler Development-Third Edition: Administration Manual*. San Antonio: Harcourt Assessment.
- Beck, S., Wojdyla, D., Say, L., Betran, A. P., Merialdi, M., Requejo, J. H., et al. (2010). The worldwide incidence of preterm birth: a systematic review of maternal mortality and morbidity. *Bull World Health Organ*, 88(1), 31-38.
- Beckes, L., Ijzerman, H., & Tops, M. (2015). Toward a radically embodied neuroscience of attachment and relationships. *Frontiers in Human Neuroscience*, 9, 1-18.
- Bettiol, H., Barbieri, M. A., & Silva, A. A. M. D. (2010). Epidemiologia do nascimento pré-termo: tendências atuais. *Rev Bras Ginecol Obstet*, 32(2), 57-60.
- Bornstein, M. H., Tamis-LeMonda, C. S., Parcial, L., Haynes, O. M., Painter, K. M., Galperín, C. Z., & Pêcheux, M. G. (1996). Ideas about parenting in Argentina, France and the United States. *International Journal of Behavioral Development*, 19 (2), 347-367.
- Brazelton, T. B.. (1988). *O desenvolvimento do apego: uma família em formação*. Porto Alegre: Artes Medicas.

- Bowlby, J. (1977). The making and breaking of affectional bonds. II. Some principles of psychotherapy. The fiftieth Maudsley Lecture. *The British Journal of Psychiatry*, 130(5), 421-431.
- Bowlby, J. (1997). *Formação e rompimento dos laços afetivos* (3a ed.). São Paulo: Martins Fontes.
- Bowlby, J. (1998). *Apego e perda: Separação: angustia e raiva* (3a ed., Vol. 2). São Paulo: Martins Fontes.
- Bowlby, J. (2002). *Apego e perda: Apego: a natureza do vínculo* (3a ed., Vol 1). São Paulo: Martins Fontes.
- Buchheim, A., Erk, S., George, C., Kächele, H., Ruchow, M., Spitzer, M., Kircher, T., & Walter, H. (2006). Measuring attachment representation in an fMRI environment: A pilot study. *Psychopathology*, 39(3), 144-152.
- Cassidy, J., & Shaver, P. (Eds). (2008). *Handbook of attachment: Theory, Research and clinical applications* (2a ed.). New York: The Guilford Press.
- Duarte, J. C., & Arboleda, M R. C. (2008). *El apego del niño a sus cuidadores: evaluación, antecedentes y consecuencias para el desarrollo*. Madrid: Alianza Editorial.
- Engle, W. A. (2004). Age terminology during the perinatal period. *Pediatrics*, 114(5), 1362-1364.
- Feldman, R. (2009). The development of regulatory functions from birth to 5 years: Insights from premature infants. *Child Development*, 80(2), 544-561.
- Fingergut, D. M. (2011). *Apego e resiliência: construindo e re-significando vínculos*. Monografia de pós-graduação, Instituto Superior de Ciências da Saúde (INCISA), Salvador, Brasil.
- Formiga, C. K. M. R., & Linhares, M. B. M. (2009). Avaliação do desenvolvimento inicial de crianças nascidas pré-termo. *Rev. Esc. Enfermagem USP*, 43(2), 472-480.
- Gillath, O., Shaver, P. R., Baek, J. M., & Chun, D. S. (2008). Genetic correlates of adult attachment style. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 34(10), 1396-1405.
- Gomes, A. D. A., & Melchiori, L. E. (2012). *A teoria do apego no contexto da produção científica contemporânea*. São Paulo: Cultura Acadêmica.
- Gorzílio, D. M., Garrido, E., Gaspardo, C. M., Martinez, F. E., & Linhares, M. B. M. (2015). Neurobehavioral development prior to term-age of preterm infants and acute stressful events during neonatal hospitalization. *Early human development*, 91(12), 769-775.

- Gouveia, T., Schulz, M. S., & Costa, M. E. (2015). Authenticity in Relationships: Predicting Caregiving and Attachment in Adult Romantic Relationships. *Journal of counseling psychology*.
- Granot, D., & Mayseless, O. (2001). Attachment security and adjustment to school in middle childhood. *International Journal of Behavioral Development*, 25(6), 530-541.
- Green, J., Stanley, C., Smith, V., & Goldwyn, R. (2000). A new method of evaluating attachment representations in young school-age children: The Manchester Child Attachment Story Task. *Attachment & Human Development*, 2(1), 48-70.
- Grossman, K. E., Grossman, K., & Waters, E. (Eds). (2005). Attachment from Infancy to Adulthood: The Major Longitudinal Studies. New York: The Guilford Press.
- Grunau, R.E., Weinberg, J., and Whitfield, M. F. (2004) Neonatal procedural pain and preterm infant cortisol response to novelty at 8 months. *Pediatrics*, 114(1), 77-84.
- Hallin, A. L., Bengtsson, H., Frostell, A. S., & Stjernqvist, K. (2011). The effect of extremely preterm birth on attachment organization in late adolescence. *Child: care, health and development*, 38(2), 196-203.
- Halsey, C. L., Anderson, C. L., & Collin, M. F. (1993). Extremely low birth weight children and their peers: a comparison of preschool performance. *Pediatrics*, 91(4), 807-811.
- Harlow, H. F. (1961). The development of affectional patterns in infant monkeys. In B. M. Foss (Ed.), *Determinants of infant behaviour*. New York: Wiley.
- Harvey, J. M., O'Callaghan, M. J., & Mohay, H. (1999). Executive function of children with extremely low birthweight: a case control study. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 41(05), 292-297.
- Hesse, E., & Main, M. (2000). Disorganized infant, child, and adult attachment: Collapse in behavioral and attentional strategies. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 48(4), 1097-1127.
- Johnson, S., Kochhar, P., Hennessy, E., Marlow, N., Wolke, D., & Hollis, C. (2016). Antecedents of attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms in children born extremely preterm. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 37(4), 285-297.
- Kerr-Wilson, C. O., Mackay, D. F., Smith, G. C. S., & Pell, J. P. (2011). Meta-analysis of the association between preterm delivery and intelligence. *Journal of Public Health*, 34(2), 209-216.
- Klein, V. C., Gaspardo, C. M. & Linhares, M. B. M. (2011). Dor, Autorregulação e Temperamento em Recém-nascidos Pré-termo de Alto Risco. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 24(3), 504-512.

- Lidzba, K., Rodemann, S., Goelz, R., Krägeloh-Mann, I., & Bevot, A. (2016). Growth in very preterm children: Head growth after discharge is the best independent predictor for cognitive outcome. *Early Hum Dev.*, 4(103), 183-187.
- March of Dimes, Partnership for Maternal, Newborn and Child Health, Save the Children, & World Health Organization. (2012). *Born Too Soon: The Global Action Report on Preterm Birth*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- Main, M. (2000). The organized categories of infant, child, and adult attachment: Flexible vs. inflexible attention under attachment-related stress. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 48(4), 1055-1096.
- Main, M., & Cassidy, J. (1988). Categories of response to reunion with the parent at age 6: Predictable from infant attachment classifications and stable over a 1-month period. *Developmental psychology*, 24(3), 415.
- Main, M., Solomon, J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth strange situation. In M.T. Greenberg, D. Cicchetti & E.M. Cummings (Eds.), *Attachment in the Preschool Years: Theory, Research and Intervention*. Chicago: University of Chicago Press, pp. 121–160.
- Månsson, J., & Stjernqvist, K. (2014). Children born extremely preterm show significant lower cognitive, language and motor function levels compared with children born at term, as measured by the Bayley-III at 2.5 years. *Acta Paediatrica*, 103(5), 504-511.
- Månsson, J., Stjernqvist, K., & Bäckström, M. (2014). Behavioral Outcomes at Corrected Age 2.5 Years in Children Born Extremely Preterm. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 35(7), 435-442.
- Ministério da Saúde; & Associação Pan-Americana da Saúde. (2012). *Manual AIDPI neonatal* (3ª Ed). Brasília: Ministério da Saúde.
- Motta, M. G., Lucion, A. B., & Manfro, G. G. (2005). Efeitos da depressão materna no desenvolvimento neurobiológico e psicológico da criança. *Revista Psiquiatria RS*, 27(2), 165-176.
- Moura-Ribeiro, M. V. L., & Gonçalves, V. M. G. (2010). *Neurologia o desenvolvimento da criança* (2a ed.). Rio de Janeiro: Revinter.
- Nepomnyaschy, L., Hegyi, T., Ostfeld, B. M., & Reichman, N. E. (2012). Developmental outcomes of late-preterm infants at 2 and 4 years. *Maternal and child health journal*, 16(8), 1612-1624.
- Pessoto, M. A., & Marba, S. T. M. (2010). Avaliação clínica do recém-nascido. In M. V. L. Moura-Ribeiro & V. M. G. Gonçalves (Eds), *Neurologia do desenvolvimento da criança* (pp. 153-171). Rio de Janeiro: Revinter.

- Ramires, V. R. R., & Schneider, M. S. (2010). Revisitando alguns conceitos da teoria do apego: comportamento versus representação. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 26(1), 25-33.
- Riechi, T. I. J. S., & Moura-Ribeiro, M. V. L. (2012). *Desenvolvimento de Crianças Nascidas Pré-Termo*. São Paulo: Revinter.
- Rincón-Cortés, M., & Sullivan, R. M. (2014). Early life trauma and attachment: immediate and enduring effects on neurobehavioral and stress axis development. *Frontiers in Endocrinology*, 5, 1-15.
- Rocissano, L., & Yatchmink, Y. (1983). Language skill and interactive patterns in prematurely born toddlers. *Child Development*, 1229-1241.
- Rugolo, L. M. S. S. (2005). Crescimento e desenvolvimento a longo prazo do prematuro extremo. *Jornal de Pediatria*, 81(1), 101-110.
- Sajaniemi, N., Mäkelä, J., Salokorpi, T., Von Wendt, L., Hämäläinen, T., & Hakamies-Blomqvist, L. (2001). Cognitive performance and attachment patterns at four years of age in extremely low birth weight infants after early intervention. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 10(2), 122-129.
- Schore, A. N. (2002). Dysregulation of the right brain: a fundamental mechanism of traumatic attachment and the psychopathogenesis of posttraumatic stress disorder. *Aust N Z J Psychiatry*. 36(1):9-30.
- Schore, A. N. (2005). Back to basics attachment, affect regulation, and the developing right brain: linking developmental neuroscience to pediatrics. *Pediatrics in Review*, 26(6), 204-217.
- Seidl de Moura, M. L., & Ribas Jr., R. C. (2003). Algumas informações sobre o instrumento estilo materno e paterno. *Relatório parcial do projeto: interação mãe-bebê e desenvolvimento infantil: um estudo longitudinal e transcultural*. Material não-publicado, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
- Silveira, K. A., & Enumo, S. R. F. (2012). Riscos Biopsicossociais para o Desenvolvimento de Crianças Prematuras e com Baixo Peso. *Paidéia*, 22(53), 335-345.
- Spek, I. L. N., Franken, C. J. P., & Weisglas-Kuperu, N.. (2012). Language functions in preterm-born children: a systematic review and meta-analysis. *Pediatrics*, 129(4), 745-754.
- Stålnacke, J., Lundequist, A., Böhm, B., Forssberg, H., & Smedler, A. C. (2015). Individual cognitive patterns and developmental trajectories after preterm birth. *Child Neuropsychology*, 21(5), 648-667.
- Strathearn, L., Fonagy, P., Amico, J., & Montague, P. R. (2009). Adult attachment predicts maternal brain and oxytocin response to infant cues. *Neuropsychopharmacology*, 34(13), 2655-2666.

- Sullivan, R., Perry, R., Sloan, A., Kleinhaus, K., & Burtchen, N. (2011). Infant bonding and attachment to the caregiver: insights from basic and clinical science. *Clinics in perinatology*, 38(4), 643-655.
- Thomaz, A. C. P., Lima, M. D., Tavares, C. H. F., & Oliveira, C. D. (2005). Relações afetivas entre mães e recém-nascidos a termo e pré-termo: variáveis sociais e perinatais. *Estudos de psicologia*, 10(1), 139-146.
- Towler, A. J., & Stuhlmacher, A. F. (2013). Attachment styles, relationship satisfaction, and well-being in working women. *The Journal of social psychology*, 153(3), 279-298.
- Van Ijzendoorn, M. H., Schuengel, C., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (1999). Disorganized attachment in early childhood: Meta-analysis of precursors, concomitants, and sequelae. *Development and psychopathology*, 11(02), 225-250.
- Velikos, K., Soubasi, V., Michalettou, I., Sarafidis, K., Nakas, C., Papadopoulou, V., et al.. (2015). Bayley-III scales at 12 months of corrected age in preterm infants: Patterns of developmental performance and correlations to environmental and biological influences. *Research in developmental disabilities*, 45, 110-119.
- Voigt, B., Pietz, J., Pauen, S., Kliegel, M., & Reuner, G. (2012). Cognitive development in very vs. moderately to late preterm and full-term children: Can effortful control account for group differences in toddlerhood?. *Early Human Development*, 88(5), 307-313.
- Vrtička, P., Andersson, F., Grandjean, D., Sander, D., & Vuilleumier, P. (2008). Individual attachment style modulates human amygdala and striatum activation during social appraisal. *PLoS One*, 3(8), e2868.
- Vrtička, P., Bondolfi, G., Sander, D., & Vuilleumier, P. (2012). The neural substrates of social emotion perception and regulation are modulated by adult attachment style. *Social neuroscience*, 7(5), 473-493.
- Vrtička, P., & Vuilleumier, P. (2012). Neuroscience of human social interactions and adult attachment style. *Frontiers in Human Neuroscience*, 6, 212.
- Waters, E., & Valenzuela, M. (1999). Explaining disorganized attachment: Clues from research on mild-to-moderately undernourished children in Chile. *Attachment disorganization*, 265-290.
- Waters, E., Merrick, S., Treboux, D., Crowell, J., & Alberstein, L. (2000). Attachment security in infancy and early adulthood: A twenty-year longitudinal study. *Child Development*, 71, 684-689.
- Weinfield N, Sroufe L, Egeland B. (2000). Attachment from infancy to early adulthood in a high-risk sample: Continuity, discontinuity, and their correlates. *Child Development*, 71, 695-702.

- World Health Organization (WHO), & United Nations Children's Fund (UNICEF). (2004) Low birthweight: country, regional and global estimates. New York: UNICEF.
- Zomignani, A. P., Zambelli, H. J. L., & Antonio, M. A. R. G. M. (2009). Desenvolvimento cerebral em recém-nascidos prematuros. *Rev Paulista de Pediatria*, 27(2), 198-203.

APÊNDICE A – TCLE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Bárbara Saur, pesquisadora da Universidade Federal do Paraná, convido a senhora e seu filho(a) a participar de um estudo intitulado “O impacto do nascimento pré-termo no desenvolvimento da cognição e da relação de apego nos primeiros dois anos de vida”, que busca fazer uma contribuição aos estudos que averiguam os impactos do nascimento pré-termo sobre o desenvolvimento. Essa investigação é importante, pois, conforme se tornam conhecidas as influências da prematuridade no desenvolvimento, é possível criar medidas de prevenção, proteção e promoção do desenvolvimento infantil para essas crianças.

O objetivo dessa pesquisa é verificar os efeitos que os fatores estressores neonatais do nascimento pré-termo exercem no desenvolvimento cognitivo e no padrão de apego que a criança estabelece com a mãe.

- a) Caso você participe da pesquisa e autorize seu filho(a) a também participar, será necessário que ambos compareçam no mesmo dia e horário, a ser marcado conforme a sua disponibilidade e do pesquisador, no Centro Educacional Infantil Pipa Encantada do Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Paraná, para a aplicação dos instrumentos da pesquisa por aproximadamente uma a duas horas.
- b) Alguns riscos relacionados ao estudo podem ser de a criança sentir algum desconforto no momento em que for afastada da mãe, o qual será atenuado no momento do reencontro com a mesma. Apesar de em alguns momentos a criança ficar sem contato com a mãe, em nenhum momento, ela ficará sem monitoramento.
- c) Os benefícios esperados com essa pesquisa são de, a partir do conhecimento obtido do impacto do nascimento pré-termo no desenvolvimento infantil, a elaboração de medidas de prevenção, proteção e promoção desse desenvolvimento. No entanto, nem sempre você será diretamente beneficiado com o resultado da pesquisa, mas poderá contribuir para o avanço científico.
- d) A pesquisadora Bárbara Saur, psicóloga e mestranda em Psicologia pela UFPR, responsável pelo estudo, poderá ser contatada pelo telefone (48)8800-5216 e email barbara.saur@ gmail.com, pra esclarecer eventuais dúvidas que você possa ter e lhe fornecer as informações que queira antes, durante ou depois do encerramento do estudo.
- e) Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como um paciente de pesquisa, você pode contatar Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos – CEP/HC/UPFR pelo Telefone 3360-1041. O CEP trata-se de um grupo de indivíduos com conhecimento científicos e não científicos que realizam a revisão ética inicial e continuada do estudo de pesquisa para mantê-lo seguro e proteger seus direitos.

Rubricas:

Sujeito da Pesquisa e /ou responsável legal _____

Pesquisador Responsável ou quem aplicou o

- f) A sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam o termo de consentimento livre e esclarecido assinado. A sua recusa não implicará na interrupção de seu atendimento pelo Hospital das Clínicas/UFPR
- g) As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas, a saber a orientadora da pesquisadora Tatiana Izabele Jaworski de Sá Riechi. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a **sua identidade seja preservada e seja mantida a confidencialidade**. Um dos instrumentos de pesquisa a ser aplicado será gravado em vídeo, mas não serão divulgados. Tão logo a pesquisa termine, o conteúdo será desgravado ou destruído.
- h) As despesas necessárias para a realização da pesquisa (exames, medicamentos etc.) não são de sua responsabilidade e pela sua participação no estudo você não receberá qualquer valor em dinheiro. Você terá a garantia de que problemas como alterações comportamentais decorrentes do estudo serão tratados no local ou encaminhado para o Centro de Psicologia Aplicada na UFPR.
- i) Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

Eu, _____ li esse termo de consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem que esta decisão afete meu atendimento no Hospital das Clínicas/UFPR e fui informado que meu filho(a) e eu seremos atendidos sem custos para mim se um de nós apresentar algum problema dos relacionados no item “b”.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Curitiba, ____ de _____ de ____.

(Nome e Assinatura do participante da pesquisa ou responsável legal)

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante ou representante legal para a participação neste estudo.

(Nome e Assinatura do Pesquisador ou quem aplicou o TCLE)

Rubricas:				
Sujeito da Pesquisa e /ou responsável legal _____				
Pesquisador	Responsável	ou	quem	aplicou o

APÊNDICE B – Questionário Socio-demográfico

QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO

DADOS PESSOAIS E FAMILIARES			
Nome da criança:			
Data de nascimento:		Sexo:	
Idade cronológica (meses e dias):		Idade corrigida (meses e dias):	
Local de nascimento:			
Cidade onde mora:		Telefone:	
Nome da mãe:		Idade:	
Escolaridade da mãe:		Ocupação da mãe:	
Nome do pai:		Idade:	
Escolaridade do pai:		Ocupação do pai:	
Situação parental: () – mãe solteira () – separados () – moram junto () – casados () – não mora com os pais, mora com:		Pessoas que moram na casa: _____ _____ _____	
Frequenta creche/escola: () Manhã () Tarde () Integral () Não frequenta			

DADOS NEONATAIS		
Idade Gestacional:		Tempo de internação na UTI Neo (dias):
Gestação: () – única () – gemelar () – 3 ou mais	Tipo de parto: () – vaginal () – cesárea () – fórceps	Apgar 1: Apgar 5: Apgar 10:
Peso ao nascimento:	Gestação: () Sem complicações () Com complicações. Quais? _____	
Altura ao nascimento:		

DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS

Itens	No domicílio tem (quantidade)				
Banheiros	0	1	2	3	4 ou +
Empregados(as) domésticos(as)	0	1	2	3	4 ou +
Automóveis	0	1	2	3	4 ou +
Microcomputador	0	1	2	3	4 ou +
Lava louças	0	1	2	3	4 ou +
Geladeira	0	1	2	3	4 ou +
Freezer	0	1	2	3	4 ou +
Lava roupas	0	1	2	3	4 ou +
DVD	0	1	2	3	4 ou +
Microondas	0	1	2	3	4 ou +
Motocicleta	0	1	2	3	4 ou +
Secadora de roupas	0	1	2	3	4 ou +

 Serviços públicos:

 Água encanada ☐ Sim ☐ Não

 Rua pavimentada ☐ Sim ☐ Não

ANEXO A – Questionário socioemocional da BSID III (tradução livre)

Escala Socioemocional – Stanley I. Greenspan, MD

Esta escala está configurada para verificar como seu filho reúne comportamentos socioemocionais para a sua idade. Note que esta parte tem momentos de parada, baseados na idade de seu filho. Para cada pergunta, marque com um círculo o número da coluna que melhor descreve com que frequência você observa o comportamento em seu filho. Marque um número para cada pergunta. Responda todos os itens até que chegue o momento de parada para a idade de seu filho.

	Frequência de comportamento					
	Não sei	Nunca	Algumas vezes	Muitas vezes	Quase sempre	Sempre
1. Se mantém calmo e interessado de forma agradável entre muitos ruídos.	0	1	2	3	4	5
2. Você pode conseguir a atenção da criança com facilidade sem ter que ser muito dramático.	0	1	2	3	4	5
3. Se mantém calmo e interessado de forma agradável em muitos lugares, incluindo aqueles em que há objetos coloridos e brilhantes.	0	1	2	3	4	5
4. Você pode conseguir que seu filho busque objetos sem que eles sejam muito brilhantes e coloridos.	0	1	2	3	4	5
5. Desfruta de forma calma tocando e sendo tocado por diferentes coisas.	0	1	2	3	4	5
6. Você pode conseguir facilmente que seu filho responda ao seu tato sem ter que tocar-lhe firmemente para conseguir a sua atenção.	0	1	2	3	4	5
7. A criança gosta de girar e dançar enquanto está em seus braços, ou se levanta rapidamente no ar.	0	1	2	3	4	5
8. Você pode conseguir facilmente a atenção do seu filho aproximando-se dele ou se movimentando lentamente ao redor dele.	0	1	2	3	4	5
Para o cálculo das pontuações do processamento sensorial, utilize a pontuação total dos itens 1 a 8						/40

9. Você pode ajudar seu filho a se acalmar	0	1	2	3	4	5
10. Busca com interesse lugares, como o seu rosto ou um brinquedo.	0	1	2	3	4	5
11. Busca ou se vira para ruídos interessantes	0	1	2	3	4	5
Pare aqui se a criança tem entre 0-3 meses de idade Etapas 1						
12. Parece feliz quando vê a sua pessoa favorita (ex: olha ou ri, emite sons, ou movimenta seus braços de maneira que expressa alegria e prazer).	0	1	2	3	4	5
13. Responde a conversas ou brincadeiras fazendo ruídos, gestos ou expressões faciais (ex: sons de felicidade ou gestos de curiosidade)	0	1	2	3	4	5
Pare aqui se a criança tem entre 4-5 meses de idade Etapas 2						
14. Tenta pegar ou mostrar coisas, ou produz ruídos distintos para mostrar o que quer (ex: se estica para pegar ou mostrar um brinquedo)	0	1	2	3	4	5
15. Troca dois ou mais sorrisos, outros gestos, ruídos ou ações (ex: alcançando a mãe, dando ou pegando) com uma pessoa próxima.	0	1	2	3	4	5
Pare aqui se a criança tem entre 6-9 meses de idade. Etapas 3						
16. Mostra que entende tuas ações ou gestos mediante gestos adequados (ex: faz uma expressão agradável depois que te vê, olha algo que você mostra, para de fazer algo quando você movimenta a sua cabeça e com olhos firmes diz “não” ou dá um sorriso ou faz coisas quando você com um grande sorriso diz “sim”).	0	1	2	3	4	5
17. Utiliza ações de maneira consecutiva, uma vez e outra vez, para mostrar-lhe o que quer ou que se diverte contigo (ex: sorri, estica a mão para te dar um abraço e quando recebe o abraço agarra seu chapéu, põe em sua cabeça e ri com orgulho, ou agarra tuas mãos e te leva, tira do armário e abre, mostrando algo que gosta de comer).	0	1	2	3	4	5

Pare aqui se a criança tem entre 10-14 meses de idade.		Etapa 4a					
18. Imita ou copia muitos dos seus ruídos, palavras ou ações enquanto brinca com você (ex: se você faz caras ou ruídos divertidos a criança copia).	0	1	2	3	4	5	
19. Busca algo que ele quer para conseguir que você busque.	0	1	2	3	4	5	
20. Mostra o que quer ou necessita usando várias ações seguidas (te leva pela mão para abrir a porta e toca ou bate na porta)	0	1	2	3	4	5	
21. usa palavras ou tenta usá-las quando as pessoas falam ou brincam com ele.	0	1	2	3	4	5	
Pare aqui se a criança tem entre 15-18 meses de idade.		Etapa 4b					
22. Copia ou imita as brincadeiras imaginárias familiares (ex: abraça ou dá de comer para uma boneca).	0	1	2	3	4	5	
23. Diz com uma ou várias palavras (ex: “abre”, ou “beijo”) aquilo que deseja comunicar.	0	1	2	3	4	5	
24. Mostra que entende as teus desejos verbais (ex: “por favor, me ensina a tua brincadeira”).	0	1	2	3	4	5	
Pare aqui se a criança tem entre 19-24 meses de idade.		Etapa 5a					
25. Faz brincadeiras imaginárias (ex: dá de comer para a boneca, brinca de casinha ou tenta ser um personagem de TV ou cinema) contigo e com os outros.	0	1	2	3	4	5	
26. Usa palavras ou desenhos para te contar no que está interessado (ex: olha um caminhão).	0	1	2	3	4	5	
27. Usa palavras com um ou mais de seus pares.	0	1	2	3	4	5	
28. Usa palavras ou desenhos para te mostrar o que gosta ou o que não gosta (ex: “quero isso”, “não quero isso”).	0	1	2	3	4	5	
Pare aqui se a criança tem entre 25-30 meses de idade.		Etapa 5b					
29. Realiza jogos simbólicos com um ou mais de seus pares.	0	1	2	3	4	5	

30. Realiza jogos simbólicos com você ou com outros em histórias com sentido (ex: tem ursos que visitam a sua avó e fazem um grande almoço).	0	1	2	3	4	5
31. Usa frases ou orações para perguntar sobre algo que ele quer fazer (ex: “mãe, saímos? ”, “brincar”).	0	1	2	3	4	5
32. Consegue explicar porque quer algo ou faz algo (ex: “por que quer suco?”, “porque tenho sede”).	0	1	2	3	4	5
33. Mostra seus sentimentos para explicar porque está fazendo algo ou quer algo (ex: “porque eu estou feliz/triste/excitado”).	0	1	2	3	4	5
34. Realiza jogos simbólicos com os seus pares, assim como com adultos, onde a história tem muitas partes e com sentido (ex: a criança vai à escola, faz as suas atividades, almoça e conhece um elefante no caminho de casa).	0	1	2	3	4	5
35. Tem conversações com adultos e amigos que fazem sentido, com quatro ou mais idas e vindas sobre uma variedade de temas (ex: sentimentos, comidas, horários de dormir, amigos ou escola).	0	1	2	3	4	5
Pare aqui se a criança tem entre 31-42 meses de idade			Etapas 6			

ANEXO B – Questionário Estilo Materno

Autoria: Maria Lucia Seidl de Moura e Rodolfo de Castro Ribas Jr

V. ESTILO MATERNO

A. Você como Mãe.

Mães diferentes oferecem experiências iniciais diferentes para seus filhos. Nós estamos interessados em conhecer as características que melhor descrevem o seu estilo como mãe. Abaixo estão listadas algumas qualidades e comportamentos que nós gostaríamos que você avaliasse. Nós gostaríamos de saber o quanto cada um deles descreve ou não o seu jeito de se relacionar com sua criança ou o ambiente que você oferece para ela.

Usando a escala no início de cada página, dê para cada declaração uma avaliação de 1 até 5. Uma nota 1 quer dizer "quase nunca" e uma nota 5 quer dizer "sempre". Lembre-se, cada declaração deve ter uma avaliação.

1	2	3	4	5
ase nunca	Ocasionalmente	Às vezes	Freqüentemente	Todo o tempo
1. ____	Eu passo um tempo brincando com minha criança.			
2. ____	Eu respondo de forma rápida e apropriada ao mal estar ou desconforto da minha criança.			
3. ____	Eu dou para a minha criança tempo para ela ficar sozinha e poder explorar e aprender por si mesma.			
4. ____	Eu atendo com eficiência as necessidades do dia-a-dia da minha criança, como alimentar, dar banho, vestir e outros cuidados diários.			
5. ____	Eu chamo a atenção da minha criança para a importância de seguir regras e ser bem comportada.			
6. ____	Eu ofereço para minha criança contatos ou atividades sociais diferentes com crianças de mesma idade, em grupos de brincadeira ou em encontros com amigos e familiares.			
7. ____	Eu passo um tempo falando ou conversando com a minha criança.			
8. ____	Eu respondo de forma rápida e positiva quando minha criança quer atenção.			
9. ____	Eu ofereço para minha criança um ambiente estruturado, organizado e previsível.			
10. ____	Eu uso a disciplina e a firmeza necessárias para ensinar a minha criança o respeito pela autoridade.			

11. ____ Eu ofereço para a minha criança atividades regulares e programadas fora de casa, como praticar algum tipo de esporte.
12. ____ Eu ajudo a minha criança a aprender a falar melhor, dizendo o nome das coisas, descrevendo o que acontece e as atividades que fazemos, além de ler livros para ela.
13. ____ Eu dou para minha criança diferentes brinquedos e objetos para ela brincar e explorar.
14. ____ Eu tenho paciência quando minha criança se comporta mal.
15. ____ Eu ofereço para minha criança mostras positivas de afeto, carinho e atenção.
16. ____ Eu sou flexível quanto aos tipos de comportamento que eu espero da minha criança.
17. ____ Eu estou atento ao que minha criança quer ou está sentindo.

ANEXO C – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos/ HC/UFPR



**HOSPITAL DE CLÍNICAS DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARANÁ - HCUFPR**



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O impacto do nascimento pré-termo no desenvolvimento da cognição e da relação de apego nos primeiros dois anos de vida

Pesquisador: Bárbara Saur

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 36364814.4.0000.0096

Instituição Proponente: Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 820.707

Data da Relatoria: 29/09/2014

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de mestrado em psicologia da Universidade Federal do Paraná que busca verificar os efeitos que os fatores estressores neonatais do nascimento pré-termo exercem no neurodesenvolvimento e no padrão de apego, assim como investigar a associação entre padrão de apego e desempenho cognitivo. Para tanto, serão avaliadas 100 crianças, de quatro a vinte e quatro meses de idade, e suas mães atendidas nas instituições: Centro de Neuropediatria do Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Paraná (CENEP/HC), Centro Educacional Infantil Pipa Encantada do Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Paraná e Centro de Psicologia Aplicada da Universidade Federal do Paraná (CPA/UFPR). A amostra será dividida em dois grupos, um grupo experimental, composto por crianças de ambos os sexos, nascidas pré-termo e um grupo controle, constituído por crianças de ambos os sexos, nascidas a termo. Em ambos os grupos serão aplicados os mesmos instrumentos, a saber: Roteiro de anamnese; Questionário sócio-econômico; Escala Bayley do Desenvolvimento Infantil III; PSI - Índice de Stress Parental e Situação Estranha de Ainsworth. Os resultados de todos os instrumentos das crianças do mesmo grupo serão analisados e correlacionados, bem como será realizada a comparação dos resultados de ambos os grupos, utilizando-se, para tanto, os programas Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 21.0, o teste t de Student e R Project for Statistical Computing versão 3.1.1.

Endereço: Rua Gal. Carneiro, 181

Bairro: Alto da Glória

UF: PR

Município: CURITIBA

CEP: 80.060-900

Telefone: (41)3360-1041

Fax: (41)3360-1041

E-mail: cep@hc.ufpr.br



HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ - HCUFPR



Os resultados obtidos serão avaliados quantitativa e qualitativamente.

Objetivo da Pesquisa:

- Verificar os efeitos que os fatores estressores neonatais do nascimento pré-termo exercem no neurodesenvolvimento e no padrão de apego.
- Verificar se a prematuridade afeta a segurança do vínculo de apego, em comparação com crianças nascidas a termo;
- Comparar o tipo de relação de apego estabelecida entre mãe e bebê pré-termo e entre mãe e bebê a termo;
- Investigar a associação entre padrão de apego e desempenho cognitivo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Alguns riscos relacionados ao estudo podem ser de a criança sentir algum desconforto no momento em que for afastada da mãe, o qual será atenuado no momento do reencontro com a mesma. Apesar de em alguns momentos a criança ficar sem contato com a mãe, em nenhum momento, ela ficará sem monitoramento.

Os benefícios esperados com essa pesquisa são de, a partir do conhecimento obtido do impacto do nascimento pré-termo no desenvolvimento infantil, a elaboração de medidas de prevenção, proteção e promoção desse desenvolvimento. Contribuição indireta através do avanço no conhecimento científico.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto de pesquisa intitulado "O impacto do nascimento pré-termo no desenvolvimento da cognição e da relação de apego nos primeiros dois anos de vida" está muito bem descrito tanto nos seus objetivos quanto metodologia e análise dos dados coletados.

A revisão bibliográfica confirma a relevância do estudo proposto sobre as implicações da prematuridade no desenvolvimento infantil.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentou todos os termos de forma adequada (TCLE- neuropediatria e centro educacional Pipa Encantada).

Carta de concordância dos locais onde a pesquisa será realizada (neuropediatria, Pipa), inclusive do centro de psicologia aplicada da UFPR.

Endereço: Rua Gal. Carneiro, 181

Bairro: Alto da Glória

UF: PR

Telefone: (41)3360-1041

Município: CURITIBA

CEP: 80.06
0-900

Fax: (41)3360-1041

E-mail: cep@hc.ufpr.br



HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ - HCUFPR



Carta do orientador e cópia da ata de aprovação do projeto no mestrado em psicologia da UFPR.

Recomendações:

É obrigatório trazer ao CEP/HC uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que foi aprovado, para assinatura e rubrica. Após, xerocar este TCLE em duas vias, uma ficará com o pesquisador e uma para o participante da pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto e documentações apresentados de forma adequada.

Projeto aprovado.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do HC-UFPR, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/2012 e na Norma Operacional Nº 001/2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação do projeto conforme proposto para início da Pesquisa. Solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios semestrais sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos. Manter os documentos da pesquisa arquivado.

É dever do CEP acompanhar o desenvolvimento dos projetos, por meio de relatórios semestrais dos pesquisadores e de outras estratégias de monitoramento, de acordo com o risco inerente à pesquisa.

Endereço: Rua Gal. Carneiro, 181

Bairro: Alto da Glória

UF: PR

Município: CURITIBA

CEP: 80.060-900

Telefone: (41)3360-1041

Fax: (41)3360-1041

E-mail: cep@hc.ufpr.br

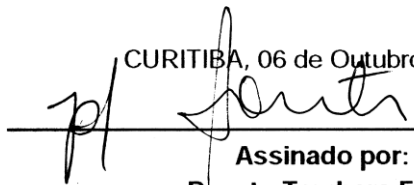


HOSPITAL DE CLÍNICAS DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARANÁ - HCUFPR



Continuação do Parecer: 820.707

CURITIBA, 06 de Outubro de 2014


Assinado por:
Renato Tambara Filho
(Coordenador)

Endereço: Rua Gal. Carneiro, 181

Bairro: Alto da Glória

UF: PR

Telefone: (41)3360-1041

Município: CURITIBA

Fax: (41)3360-1041

CEP: 80.060-900

E-mail: cep@hc.ufpr.br